

Curso de Mestrado em Enfermagem


Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Outras Percepções, o mesmo eu... Adesão ao Regime Terapêutico, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico

Luciana Carvalho Lima

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Outras Percepções, o mesmo eu... Adesão ao Regime Terapêutico, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico

Luciana Carvalho Lima

António Jorge Soares Antunes Nabais

2012



AGRADECIMENTOS

Kanimambo, significa “obrigado” em língua *changane* (no sul de Moçambique). Soa uma música que ouvia na minha adolescência e que me faz recorda-la cada vez que a oiço. Da mesma forma que nos tornamos devedores de outrém por um gesto que nos foi prestado, emergindo um elo de ligação, mesmo que momentâneo, devemos agradecer.

Uma dissertação de Mestrado, um relatório de estágio...um processo solitário, na qual reuniu tantos contributos de várias pessoas.

Sem elas nada disto seria possível!

Kanimambo ao Enfermeiro António Nabais pelo apoio, partilha de saber, pelas preciosas contribuições para o trabalho e por me continuar a acompanhar nesta jornada incentivando o meu interesse pelo conhecimento e pela vida académica!

Kanimambo às minhas colegas e amigas da unidade onde trabalho, que foram imprescindíveis nesta etapa da minha vida!

Kanimambo à Dr^a Joana Afonso pela aprendizagem!

Kanimambo ao Cláudio Coelho, pelo tempo que disponibilizou, pela valiosa contribuição e por toda a paciência!

Kanimambo a toda a equipa multidisciplinar da Área de Psiquiatria da Infância e Adolescência pela colaboração neste trabalho!

Kanimambo a todos os adolescentes que acompanhei pela oportunidade que me deram de os poder acompanhar e de os ver com um outro olhar!

Kanimambo aos meus amigos e à minha família pela compreensão da indisponibilidade pontual!

Kanimambo ao meu namorado, Ricardo Rodrigues, pelo apoio, pelo encorajamento, pela ajuda e pela compreensão incondicional em todos os momentos ao longo deste processo.

Kanimambo ao meu sobrinho/afilhado, Santiago, o meu mais sincero sorriso!

RESUMO

A doença mental, em particular a psicose, apresenta uma prevalência crescente em todo o Mundo, sendo uma entidade etiopatogénica conhecida pela sua tendencial evolução prolongada, complexidade e pelos seus altos índices de comorbilidade (OMS, 2001).

Este estudo retrata o trabalho desenvolvido com adolescentes que experienciaram um surto psicótico. Surge no âmbito da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, visando o desenvolvimento de competências específicas na área.

Relatam-se dois momentos diferentes de intervenção, em contexto de internamento, com adolescentes em fase aguda da sintomatologia, e em ambulatório, com adolescentes que regressaram ao seu contexto de vida.

O presente estudo centra-se no ambulatório, na medida em que se pretendeu avaliar a Adesão ao Tratamento, a Adolescentes, após o Primeiro Surto Psicótico, através da aplicação do Instrumento de “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento”, inserido no Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

A aplicação deste instrumento de avaliação e a sistematização do conhecimento, resultantes deste estudo possibilitaram o delinear de pressupostos de um Programa de Adesão ao Tratamento, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico.

Palavras-chave: adolescentes; surto psicótico; prevenção de recaídas; enfermagem de saúde mental

ABSTRACT

Mental illness, particularly psychosis, presents an increasing prevalence worldwide, being an entity known for its trend etiopathogenic prolonged, complexity and their high rates of comorbidity (WHO, 2001).

This study addresses the work with adolescents, experiencing a psychotic episode. It borns in the context of specialization in mental health nursing, to develop specific skills in area.

We report two different moments of intervention, the context of hospital with psychotic adolescents, and the context of the clinic, with adolescents after experiencing a psychotic episode.

The present study focuses on clinic context, as it is intended to evaluate the Treatment Adherence in Adolescents, after the First Psychotic Outbreak through the application of the Instrument "Risk Assessment of Non-adherence to treatment" inserted in the Catalogue of the International Classification for Nursing Practice (ICNP®).

The application of the Assessment instrument and systematization of knowledge from this study determined the conditions for a Treatment Adherence Program in Relapse Prevention of Adolescents after the First Psychotic outbreak.

Key-words: adolescents; psychotic break; relapse prevention, mental health nursing

LISTA DE ABREVIATURAS E /OU SIGLAS

AACAP - Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CIPE® – Catálogo Internacional para a Prática de Enfermagem

EESMP – Especialidade de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

EESM – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

RCE – Regulamento de Competências Específicas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPA – Sinais Precoces de Alerta

UIPIA – Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 1 – Aspecto Físico - Número de casos em cada Diagnóstico	41
Gráfico nº 2 – Aspecto Físico - Número de Intervenções por Diagnóstico	42
Gráfico nº 3 – Aspecto Físico – Intervenções mais frequentes por Diagnóstico	43
Gráfico nº 4 – Aspecto Mental e comportamental - Número de casos em cada Diagnóstico	44
Gráfico nº 5 – Aspecto Mental e comportamental - Intervenções mais frequentes por Diagnóstico	46
Gráfico nº 6 – Aspecto Sócio-Cultural e Ambiental - Número de casos em cada Diagnóstico	47
Gráfico nº 7 – Aspecto Espiritual - Número de casos em cada Diagnóstico	50

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela n.º 1 – Aspecto Mental e comportamental - Número de Intervenções por Diagnóstico	45
Tabela nº 2 - Aspecto Sócio-Cultural e Ambiental - Número de Intervenções por Diagnóstico	49

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. A PROBLEMÁTICA	13
1.1. Legitimação individual	13
1.2. Contextualização do Foco	14
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
2.1. Adolescência e Surto Psicótico	16
2.2. Primeiro Surto Psicótico	19
2.3. A Noção de Pródromos e a Importância da Intervenção Precoce	21
2.4. Quadro Referencial – Teoria de Meleis	23
3. PLANEAMENTO	27
3.1. Contexto de Internamento	28
3.2. Contexto de Ambulatório	29
4. A INTERVENÇÃO	30
4.1. Contexto de Internamento	30
4.1.1. Impacto Pessoal	33
4.2. Contexto de Ambulatório	38
4.2.1. Apresentação dos Resultados	40
4.2.2. Discussão dos Resultados	50
4.3. Pressupostos de um Programa de Intervenção	55
5. MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS	58
6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO	62
7. QUESTÕES EMERGENTES	63
8. CONCLUSÃO	64
BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	73

INTRODUÇÃO

O exercício da profissão de Enfermagem evidencia a importância do grupo, do estar em grupo, para o grupo, nomeadamente quando verificamos a organização funcional da profissão, dinâmica de trabalho em colectivo e o objecto da nossa intervenção – pessoa, família, ou grupo.

“ (...) a Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano são (...), ao longo do ciclo vital, e tem competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade (...) ” (REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS, 1996, p. 7)

O percurso da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) remete para a evidência do trabalho em grupo, para a importância de pensar colectivamente os pressupostos que orientam a intervenção de Enfermagem Especializada em Saúde Mental e Psiquiatria, seja no contexto da sala de aula na relação com os pares formandos, ora nos diferentes contextos profissionais que dão corpo à experiência clínica – Estágio.

Ao perspectivar a realização de estágio foi determinante remeter-me aos objectivos inerentes ao mesmo, em concreto, ao propósito de favorecer um espaço/tempo de aprendizagem que consubstancie o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da avaliação, planeamento e intervenção inerentes à EESMP.

Este documento pretende reflectir o trabalho realizado no contexto do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Os estágios decorreram no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, Hospital Dona Estefânia, nos períodos de 3 de Outubro de 2011 a 16 de Dezembro de 2011 e de 3 de Janeiro de 2012 a 17 de Fevereiro de 2012, em contexto de Consulta Externa – Ambulatório, e na Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência (UIPIA), pertencentes à mesma área.

Pretendeu-se com este relatório uma reflexão entre o que foi proposto desenvolver-se, descrito em projecto de estágio, e o que se desenvolveu ao longo desse mesmo período. Para tal, este trabalho foi enquadrado num corpo de conhecimento científico relevante, tendo por base a sustentação teórica de uma problemática - Adesão ao Regime Terapêutico na Prevenção de Recaídas a Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico - ancorada num paradigma de enfermagem - Modelo das Transições - Afaf Meleis -, bem como numa revisão da literatura. As intervenções realizadas, as experiências vivenciadas, as competências mobilizadas como futura enfermeira especialista, foram também descritas ao longo do mesmo.

O primeiro período de estágio, no âmbito da Consulta Externa – Contexto de Ambulatório, estruturou-se como parte central do presente estudo, na medida em que se pretendeu avaliar a Adesão ao Tratamento, a Adolescentes, após o Primeiro Surto Psicótico, através da aplicação do Instrumento de “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento” (ANEXO I), inserido no Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) integrado na colecção “Cadernos OE” (2009), Série II da Ordem dos Enfermeiros (OE). A aplicação deste Instrumento de Avaliação possibilitou delinear os pressupostos de um Programa de Adesão ao Tratamento, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico.

Relativamente ao último local de estágio, UIPIA, pretendeu-se desenvolver competências na prestação de cuidados a adolescentes com surto psicótico, em situação de crise, desenvolvendo competências de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico na área especializada de enfermagem de saúde mental.

Após estabilização dos quadros clínicos, o foco da intervenção centrou-se na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação dos adolescentes, no âmbito das competências referidas anteriormente, com o objectivo *major* de aumentar o potencial de vida e desenvolvimento dos adolescentes envolvidos, da sua capacidade de gestão do processo doença, assim como, o favorecimento de um suporte familiar e social mais consistente em todas as áreas e dimensões das suas vidas.

O perfil de competências específicas delineado pela OE e publicado no Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011, constituiu uma orientação clara

para o percurso formativo do enfermeiro que se especializa na área de intervenção de saúde mental e psiquiátrica.

As quatro competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM) são bastante abrangentes, foi através deste perfil de competências que pude delimitar o meu campo específico de acção, diferenciando a minha intervenção da de outros profissionais de enfermagem e mesmo de outras áreas de intervenção com pessoas com problemas de saúde mental.

O presente estudo encontra-se organizado em quatro partes. A primeira integra a problemática em causa, contextualizando o foco e a legitimação individual, e a segunda contempla o enquadramento conceptual e o quadro referencial da téorica que sustenta o estudo. Por sua vez, na terceira parte, explicita-se o planeamento, relatam-se as intervenções, apresentam-se e discutem-se os resultados, bem como a mobilização de competências. Na quarta parte, apresentam-se os pressupostos de um Programa de Intervenção. Este estudo termina com as limitações do estudo, as questões emergentes, e conclusão.

1. A PROBLEMÁTICA

A doença mental tem um grande impacto sobre os indivíduos, as famílias e as comunidades. Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), 2007-2016, é necessário aumentar a qualidade de cuidados prestados aos adolescentes, sendo que são grupos de intervenção prioritária. O diagnóstico da problemática central no decurso do estágio prende-se com a avaliação mais aprofundada não só da vivência do adolescente com surto psicótico, mas também da intervenção de enfermagem possível junto dos adolescentes com este problema. Na sequência do enunciado da problemática, torna-se importante aludir à evidência empírica que suporta a pertinência da abordagem neste estudo em particular.

1.1. A legitimação individual

O estágio surgiu como uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional, indo de encontro a inquietações e questões do meu dia-a-dia como enfermeira a exercer funções na UIPIA do Hospital Dona Estefânia.

A Área de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, presta cuidados diferenciados de Saúde Mental em regime de ambulatório e de internamento à população infantil e juvenil (até aos 18 anos, exclusivé) da sua área de influência, em articulação com as demais unidades prestadoras de cuidados de saúde integradas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) (ALMEIDA et al, 2010).

Na UIPIA deparamo-nos com situações psicopatológicas agudas e sub-agudas, que necessitam de uma intervenção clínica específica. Verifica-se que os adolescentes internados na sequência de surtos psicóticos inaugurais, apresentam dificuldades de adesão ao regime terapêutico em ambulatório, com manutenção dos seus processos saúde-doença instáveis, e com a necessidade de reinternamento hospitalar.

Desta forma salienta-se a importância de existir um acompanhamento regular em regime de ambulatório, específico, para dar continuidade ao trabalho realizado em contexto de internamento. A realização de intervenções de enfermagem, específicas e

individualizadas, de forma continuada, poderão levar à melhoria da adesão ao regime terapêutico e, conseqüentemente, à prevenção de nova agudização do respectivo quadro clínico.

Como enfermeira a exercer funções na UIPIA, tive oportunidade de presenciar, em diversos momentos, internamentos de adolescentes com o primeiro surto psicótico, bem como reinternamentos dos mesmos. No período pós-alta, o suporte constituído na sua maioria resume-se à Consulta Médica de Pedopsiquiatria, que se tem vindo a revelar insuficiente para condicionar uma evolução positiva do processo de reabilitação, de acordo com evidência clínica e empírica nesta área particular. Apesar do benefício evidente dos antipsicóticos, uma proporção apreciável de casos – 30 a 40% - apresenta resistência à terapêutica farmacológica (PILLING et al, 2002, citados por GONÇALVES-PEREIRA et al, 2006). É hoje consensual a necessidade de abordagens integradas que incluam tratamentos e estratégias psicossociais com foco no doente e na família.

O processo de reabilitação compreende, em particular, a possibilidade de adesão ao regime terapêutico, o qual, assenta em diferentes dimensões inerentes ao próprio e à rede social e familiar que o suporta.

1.2. Contextualização do foco

Uma análise quantitativa da investigação acerca da adesão, realizada por Dimatteo (2004), citado por OE (2009), verificou que, em média, 24,8% dos clientes não aderem às recomendações de tratamento por motivos muito variados. Esta análise de 569 estudos não inclui os cuidados psiquiátricos, nos quais as taxas médias de não-adesão encontradas são ainda mais elevadas, entre 37 e 42% (CRAMER & ROSENBECK, 1998, citados por OE, 2009). No seu relatório de 2003 acerca da não-adesão a terapêuticas de longo prazo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) identificou a não-adesão como sendo um “problema mundial de magnitude impressionante”. Nos países desenvolvidos, a taxa de adesão ao tratamento nos clientes crónicos é, em média, de 50%, sendo mais baixa nos países em desenvolvimento (OMS, 2003, citada por OE, 2009).

O PNSM, 2007-2016, refere que a saúde mental é uma prioridade na medida em que das dez doenças consideradas incapacitantes, cinco são psiquiátricas e que, de acordo com a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência (AACAP) e a OMS, uma em cada cinco crianças apresenta sinais de sofrimento mental, prevendo-se o aumento desta tendência (PNSM, 2008).

O PNSM, 2007-2016, reforça ainda a urgência do desenvolvimento de serviços e programas que forneçam respostas de qualidade às necessidades de cuidados da infância e adolescência, a nível da prevenção e do tratamento, tendo como base os objectivos de promoção da saúde mental infantil e juvenil, junto da população, e a melhoria dos cuidados prestados, através do favorecimento e implementação da articulação entre serviços de saúde mental e as outras estruturas ligadas à saúde.

Evidencia-se a importância do investimento na promoção da saúde mental em Portugal e que se estabeleçam parcerias entre os Cuidados de Saúde Primários e os Serviços de Saúde Mental com o objectivo de desenvolver programas de prevenção e promoção da saúde mental numa lógica de articulação inter-sectorial no sentido de promover o melhor desenvolvimento da criança e adolescente (PNSM, 2008).

Clarificam-se assim os diferentes alicerces referenciais da pertinência do desenvolvimento de uma intervenção específica, no âmbito da promoção da adesão ao regime terapêutico, junto ao adolescente após o primeiro surto psicótico. Nessa perspectiva, a realização do estágio afirma-se como oportunidade de concretização de um diagnóstico preciso das dimensões inerentes à vivência da doença nesta população particular, assim como, quais as necessidades específicas de intervenção, com o objectivo *major* de criação de uma abordagem de enfermagem diferenciada para estes jovens em particular, sob a forma concreta de uma Programa para a Adesão ao Regime Terapêutico, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após Primeiro Surto Psicótico.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Interessa ainda perspectivar o substrato conceptual que suporta o foco da problemática eleita, ou seja, a intervenção de enfermagem junto ao adolescente na sequência do primeiro Surto Psicótico. Nesse sentido, parece importante problematizar a relação entre Adolescência e Psicose, características inerentes ao Primeiro Surto Psicótico, Pródromos associados ao desenvolvimento da doença, assim como o Quadro Referencial que preside a intervenção clínica de enfermagem.

2.1. A Adolescência e Surto Psicótico

A adolescência é um período de mudanças marcantes e profundas, físicas e psíquicas, do organismo como um todo, sendo uma idade privilegiada para o surgimento da doença mental. No largo espectro que abrange a mesma, a que configura maior gravidade é a psicose, ou os quadros de diagnóstico na linha psicótica, particularmente pela sua gravidade, impacto, prognóstico, bem como a necessidade de intervenções imediatas.

O termo psicose surge pela primeira vez em 1845. Actualmente define-se psicose como um espectro com dois pólos: o da despersonalização e o da desrealização. A psicose é formada por um conjunto de alterações do conhecimento do indivíduo do próprio Eu e do mundo que o rodeia, é a alteração entre o Eu e o mundo exterior (CARDOSO, 2002; LOPES, 2001).

Em 2002 a Sociedade Americana de Psiquiatria, no *Diagnostic and Estatistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR), descreve que as perturbações psicóticas incluem as perturbações invasivas do desenvolvimento, esquizofrenia, perturbação esquizofreniforme, perturbação esquizoafectiva, perturbação delirante, perturbação psicótica breve, perturbação psicótica compartilhada, perturbação psicótica devido a uma condição médica geral, perturbação psicótica induzida por substâncias e perturbação psicótica sem outra especificação. As perturbações diferem entre si a nível dos sintomas e do período de duração dos mesmos (FERNANDES, 2002).

Actualmente as pesquisas têm mostrado que a Psicose é resultado de uma complexa interacção de diversos factores, caracterizando-se cada vez mais numa perspectiva psicossocial (NUECHTERLEIN & DAWSON, 1984). A sintomatologia resultante da psicose, não é, portanto, proveniente de uma causa isolada, e sim de um sistema interpretativo que reúne em si factores biológicos, psicológicos e sociológicos. Roder e colaboradores (2001), citados por Marques (2007), desenvolveram um modelo que relaciona esses três factores, como desencadeadores da psicose. O modelo relaciona as diversas fases do desenvolvimento individual com determinadas variáveis de influência na génese e predição da psicose.

Um dos mais complexos desafios, senão o maior, nesta fase de desenvolvimento, no que concerne à compreensão do sofrimento psíquico grave inerente a um quadro psicótico, é a classificação deste sofrimento. A principal característica da adolescência, no que se refere à doença mental, é constituir-se como um período durante o qual podemos assistir à ocorrência de sintomas que deixam dúvidas quanto ao facto de se tratarem de sinais pré-clínicos e prodrômicos de alguma doença psicótica declarada ou, pelo contrário, de se tratarem de sinais fisiológicos de uma fase de grandes transformações na vida da pessoa, que é a puberdade.

A adolescência é um período marcado por alterações significativas, um período de mudança. Meleis (2005), refere-se a esta fase como um período de transição de desenvolvimento, onde os adolescentes se encontram a viver a transição da infância para a adolescência. Refere como papel fundamental da enfermagem ajudar as pessoas a viverem as transições. As pessoas que vivenciam transições tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar (MELEIS, 2005).

Na Psiquiatria, segundo Ballone (2004), a maioria dos sintomas e sinais observáveis no adolescente com vivência de um surto psicótico corresponde aos traços daquilo que se considera personalidade esquizóide ou paranóide.

Entretanto, por se tratar naturalmente de um período rico em oscilações e instabilidades, a adolescência confunde o observador, ocorrem sinais que poderiam ser tidos como sintomas prodrômicos ou, no mínimo, sinais de vulnerabilidade à psicose.

Na prática, em alguns casos pode ser difícil a diferença entre as fases prodrômicas e psicóticas da doença. Segundo Saggese (2001, p. 21), “a adolescência é um período particularmente rico em possibilidades destabilizadoras do sujeito pré-psicótico, isto é, aquele que apresenta uma estrutura psicótica «oculta»”. Momento de definições diversas no campo sexual, profissional, familiar, a adolescência lança questões que alguns indivíduos não têm condição de contornar.

O primeiro conjunto de sintomas que ocorre, e constitui um sinal para a família, de que algo que não vai bem com o adolescente, são os comportamentos desajustados. Estes referem-se a uma deterioração na aparência, falta de persistência na escola, desinteresse por actividades que proporcionavam prazer, isolamento social, comportamentos estereotipados, comportamento de risco e agressivos, agitação psicomotora. O adolescente passa a apresentar uma aparência descuidada, sendo que à medida que os problemas no funcionamento cerebral começam a emergir, as capacidades cognitivas tornam-se limitadas, não conseguindo o adolescente executar as suas tarefas diárias, nem interagir com o mundo em redor (STUART & LARAIA, 2001).

Na adolescência, a disfunção social, juntamente com a falta de interesse, por serem sintomas que dizem respeito ao nível de realização interpessoal, escolar, ocupacional ou em outras actividades, devem ser observadas com especial atenção. Segundo BALLONE (2004, p. 102) exemplifica, o desenvolvimento de alguns grupos de adolescentes, emocionalmente mais sensíveis, pode sugerir uma perturbação psicótica ou simular sintomas psicóticos negativos, concluindo que “em sentido contrário, muitas vezes os verdadeiros sintomas psicóticos podem passar despercebidos. Confundem-se tais sintomas com alterações normais do relacionamento social na adolescência”.

2.2. Primeiro Surto Psicótico

A crise pode ser entendida como um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a mudanças radicais em todas as dimensões inerentes à vida do adolescente.

O adolescente para além de viver uma fase de transição de desenvolvimento, que é a adolescência, ao vivenciar um surto psicótico, experiencia em simultâneo a transição de saúde-doença, em que o seu estado de saúde e bem-estar, vive um processo de transição para estado de doença.

Nesse âmbito, podemos considerar “crise” como a) uma fase aguda em que se tornam perceptíveis os sintomas positivos (alucinações e delírios) do cliente esquizofrénico (primeira crise); e b) uma ocasião na qual tais sintomas sofrem uma exacerbação, recaída ou recidiva (LEFF et al, 1985). Entretanto, há que destacar, como fazem Yung e McGorry (1996), que a formação dos sintomas psicóticos não se dá de maneira abrupta. Ao contrário, há um período prodrómico ao longo do qual ocorrem modificações graduais no comportamento e no funcionamento psíquico pré-mórbido do indivíduo, até que estas cheguem a caracterizar sintomas nitidamente psicóticos.

A desorganização do pensamento é o primeiro traço que caracteriza a psicose na adolescência, o segundo, é a quebra de sentido de adequação à realidade, que a partir da adolescência pode ser acompanhado de actividade delirante auditiva ou visual que é, maioritariamente, preenchida de conteúdos persecutórios que causam angústia ao próprio. As alterações da linguagem e a dificuldade de relação e comunicação com os outros, são algumas das formas mais comuns que expressam a desorganização do pensamento e a quebra do sentido da realidade (STRECHT, 2002).

De um modo geral a adolescência dificulta o diagnóstico. Encontram-se divergências entre autores, sendo que alguns consideram que a psicose é geneticamente condicionada e que se constitui muito precocemente, embora se manifeste de forma significativa apenas depois da puberdade e, outros, consideram que a psicose é a via final e comum de vários factores traumáticos convergentes, sejam ambientais, pré e peri-natais, infantis

ou familiares, cujo ápice acabaria por manifestar-se sob a forma de uma psicose na adolescência (BALLONE, 2003).

Keshavan & Schooler (1992) propõem a definição de surto psicótico como sendo o período que abrange todos os sintomas que a caracterizam (sintomas positivos e negativos), incluindo todos os episódios e sua relativa duração de sintomas (fases prodrômica e residual). O seu início é definido pela apresentação dos sinais ou sintomas continuados que persistem durante um determinado período de tempo. Os termos "fase prodrômica" e "fase residual" são definidos na relação temporal do primeiro episódio psicótico: prodrômica é a que antecede o episódio propriamente dito e a residual, a que se segue. Dentro desta perspectiva, o primeiro episódio do tipo psicótico é considerado como um período, com um tempo específico de duração, durante o qual o indivíduo manifesta um número mínimo de sinais específicos para satisfazer os critérios dados à categoria de perturbação psicótica. O início do episódio é a apresentação específica dos sinais que definem o surto psicótico, enquanto o fim do episódio é definido como a remissão dos sinais durante um período de tempo específico. Essa remissão pode ser parcial, incluindo a persistência de alguns sinais residuais ou completa quando o sujeito não apresenta mais que sinais mínimos (KESHAVAN & SCHOOLER, 1992). Em resumo, o curso evolutivo do primeiro episódio psicótico pode ser dividido em três etapas: a fase pré-psicótica ou prodrômica, a fase aguda, onde os sintomas se manifestam de forma mais acentuada, e a fase de recuperação/reabilitação (MCGORRY & EDWARDS, 2002).

2.3. A noção de Pródromos e a Importância da Intervenção Precoce

O termo “pródromo” vem do grego *prodromo* e significa aquilo que antecede um evento (FAVA & KELLNER, 1991).

Na literatura, as principais características prodrômicas mais presentes no primeiro episódio psicótico são a atenção e concentração reduzida, falta de energia, desejo e motivação reduzidos, humor depressivo, distúrbios do sono, ansiedade, isolamento social, desconfiança, deterioração no funcionamento de papéis e irritabilidade (KESHAVAN & SCHOOLER, 1992).

Para diferentes autores (KESHAVAN & SCHOOLER, 1992; MCGORRY et al, 1995; MCGORRY & JACKSON, 1999) ocorrem inicialmente mudanças específicas na atenção e na percepção. Mudanças perceptuais e de atenção conduzem a outras características específicas na fala, na mobilidade e no bloqueio do pensamento. Sintomas específicos antecedem a psicose e são acompanhados por sintomas reactivos não específicos. No entanto, vale enfatizar que a presença de tais sinais, se não seguidos de sintomas (positivos ou negativos), não caracterizam, por óbvio, uma psicose como classicamente a conhecemos. Porém podem apontar para a necessidade de uma atenção diferenciada para o sofrimento (psíquico, físico ou relacional) presente. Antes do primeiro surto psicótico, ou seja, na fase prodrômica, as pessoas não costumam apresentar sintomas psicóticos evidentes mas, podem apresentar um determinado número de mudanças do comportamento, da afectividade e do pensamento. Não se tratam de sintomas psicóticos, como dissemos, mas de algo bem mais atenuado, embora sugestivo.

De acordo com McGorry & Edwards (2002), os pródromos constituem um período de alteração não psicótica no comportamento ou na vivência do cliente, precedendo a psicose, e, uma vez possíveis de serem reconhecidos, pode-se interromper a progressão da psicose ou facilitar o tratamento após o seu aparecimento.

No que tange à intervenção precoce, esta direcciona-se não só para uma recuperação mais rápida, como também para um melhor prognóstico, menor necessidade de hospitalização e medicação, e a preservação das capacidades psicossociais, entre outros

factores positivos. Quanto à recuperação, é fundamental que se possa trabalhar factores importantes como uma boa compreensão do que ocorreu, sendo os elementos chave do paradigma da intervenção precoce, a detecção precoce da psicose, diminuição na demora do tratamento e intervenção, e apoio no “período crítico” da ocorrência (MCGORRY & EDWARDS, 2002).

É bem conhecido pelos profissionais que, na maioria dos casos, a demora entre o aparecimento dos sintomas psicóticos e o primeiro tratamento é demorado. Em geral, a duração da psicose antes da primeira abordagem é de pelo menos dois anos. Quanto mais o indivíduo permanecer não tratado maior serão os prejuízos físicos, sociais e legais. Na literatura internacional, aproximadamente 20 a 30% dos jovens, sem ajuda imediata, experienciam os seus primeiros surtos psicóticos sendo perigosos para si próprios ou para outrem, incluindo as tentativas de suicídio (MCGORRY et al, 1999).

A literatura internacional aponta como benefícios potenciais da intervenção precoce: menor incapacidade a médio prazo e menor risco de recaídas; menor risco de suicídio (muitos clientes tentam suicídio no período pré-tratamento); menor prejuízo vocacional e/ou do desenvolvimento do indivíduo; menor trauma durante a avaliação e o início do tratamento; diminuição da medicação anti-psicótica necessária; menos necessidade de internamento; menos gastos com a saúde a médio prazo; menos *stress* e menos problemas familiares; melhor recuperação; remissão mais rápida e completa; melhores atitudes em relação ao tratamento; níveis mais baixos de emoções expressas e sofrimento familiar e menor resistência ao tratamento (MCGORRY et al, 1992; MCGORRY & EDWARDS, 2002).

Já como consequências do tratamento tardio podem-se citar a recuperação mais lenta e menos completa; pior prognóstico; risco aumentado de depressão e suicídio; interferência no desenvolvimento psicológico e social; enfraquecimento das relações interpessoais; perda dos apoios familiares e sociais; *stress* e aumento dos problemas psicológicos no seio familiar; desestruturação de actividades escolares e profissionais; uso abusivo de substâncias; actos violentos e criminais; hospitalização desnecessária; perda da auto-estima e auto-confiança e aumento do custo do tratamento (MCGORRY & EDWARDS, 2002).

Devido a estes aspectos, a taxa de suicídio é entre 5 a 9 vezes superior a taxas de suicídio nos indivíduos sem psicose, como tal, torna-se crucial motivar o indivíduo a aderir ao tratamento e proporcionar-lhe informação sobre a sua doença e estratégias para colmatar possíveis recaídas (VALIMAKI et al, 2008).

Na década de 1990, começaram a ser desenvolvidos por todo o Mundo, os modelos de programas psicoeducacionais para primeiros surtos psicóticos, principalmente na Austrália, Nova Zelândia, Europa, Estados Unidos e Canadá. Em Birmingham, 1995, desenvolveu-se o Birmingham Early Intervention Service (EIS) que providencia tratamento e rede de suporte aos jovens dessa cidade, durante os primeiros três anos após o primeiro surto psicótico (NEUFELD, 2007).

Uma revisão sistemática da literatura, permitiu apontar diferentes estudos, os quais, entre outras conclusões, referem que as abordagens psicoeducacionais diminuem significativamente as recaídas e os *ratios* de internamento entre nove a dezoito meses de *follow-up* quando comparados com os tratamentos convencionais, tendo portanto, um efeito benéfico no bem-estar da pessoa. São consideradas assim, abordagens cruciais como parte integrante do plano terapêutico da pessoa com psicose (PEKKALA & MERINDER, 2000, citados por EHMANN, 2004).

2.4. Quadro Referencial – Teoria de Meleis

Meleis (2005) designa *transição* como um conceito de passagem, refere que ao longo da nossa vida são várias as transições com que nos deparamos, mudanças no estado de saúde, nas relações, nas expectativas, pelas quais passamos, e que se manifestam por alterações ao nível dos sistemas que compõe o homem e pelo surgimento de novas necessidades. A maternidade, a adolescência, a velhice, são exemplos de etapas de vida, que, não sendo doenças, requerem cuidados que permitam continuar a viver, logo estas passagens não devem ser reduzidas a normas de saúde/doença. Uma transição pode requerer que a pessoa incorpore novos conhecimentos, que altere hábitos ou comportamentos ou até que mude a condição do *self* num contexto social. Ao longo do período de transição, a pessoa vive frequentemente perdas a nível das redes de apoio,

com impacto nas suas necessidades de segurança, afecto e pertença e de estima, desencadeando sentimentos de desequilíbrio e incerteza sobre o futuro.

A transição assume-se como um conceito central na Enfermagem, na compreensão da mudança, do desenvolvimento, do aspecto dinâmico e holístico da pessoa. O cuidado está pois relacionado com cada estadio do desenvolvimento, na procura de equilíbrio e estabilidade.

Meleis (2005) defende que é nos pontos de transição de um estadio para o outro, no processo de desenvolvimento, situacional ou de saúde-doença, que ocorrem os maiores momentos de *stress*, principalmente em situações de grande instabilidade, insegurança e rupturas do ciclo vital. Neste contexto, insere-se a problemática em causa – a vivência do surto psicótico em idade adolescente – constata-se a vivência permanente do processo de transição, que se afirma na sua condição adolescente, na fragilidade dos vínculos afectivos, na vulnerabilidade das suas identidades individuais e sociais.

O adolescente, foco da problemática, vive situações de transição, caracterizada quer pelos diferentes sentires do desenvolvimento na adolescência, quer pelos diferentes sentires da sua problemática. A sua condição adolescente encerra a vivência de um conjunto numeroso de transições, as que se remetem ao seu desenvolvimento, no confronto com um corpo em mudança, na necessidade de consolidação de um processo de autonomia relativamente às figuras parentais, na construção dos diferentes códigos e acepções identitárias. Vivem ainda diferentes transições situacionais/ circunstanciais, pela instabilidade e desorganização dos seus referenciais individuais e familiares, no limite, encontram-se a viver de forma recorrente transições de saúde-doença, pela natureza do processo de doença mental, pelas consequências negativas inerentes ao mesmo.

Impõem-se valorizar o conjunto de vivências subjacentes ao momento transicional, como o significado atribuído ao mesmo e as suas expectativas sobre o ambiente-contexto, para que se possa, assim, desenvolver uma intervenção mais próxima da percepção do outro, sobre os processos de transição que marcam a sua existência e o seu processo de doença mental. Assim, as intervenções de enfermagem devem proporcionar conhecimentos e *empowerment*, promovendo respostas saudáveis às transições que

conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar, sendo estas congruentes com as experiências únicas dos adolescentes e famílias/representantes legais.

Para Meleis (2005), um papel fundamental da enfermagem é ajudar as pessoas a viverem as transições. A razão por considerar esta área importante para a enfermagem é o facto das pessoas que vivenciam transições tenderem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afectar a saúde e o bem-estar. Torna-se importante considerar os factores que medeiam os processos de transição, ou seja, os individuais, ambientais e os cuidados de enfermagem que incluem as acções preventivas à transição e as estratégias de intervenção quando a transição já ocorreu ou está a ocorrer.

Indo de encontro ao pensamento de Meleis, neste estudo, procurou-se intervir com adolescentes quer em situação aguda da sintomatologia, quer ao regressarem ao seu contexto de vida, tentando compreender o que é facilitador ou inibidor nestes processos de transição. Conhecendo estes padrões pode-se avaliar, planejar e implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção face à transição, com o objectivo de restabelecer a instabilidade gerada. Assim, em ambulatório, após aplicação do instrumento de avaliação a adolescentes após o primeiro surto psicótico, foi possível perceber as áreas com maior necessidade de intervenção com base na prevenção e promoção da saúde e delinear uma proposta de intervenção precoce. Através desta proposta pretende-se que durante a transição vivida, o adolescente seja capaz de apreender conhecimentos e saber agir, de forma equilibrada ou ajustada ao seu meio.

A promoção do bem-estar, a readaptação a uma nova condição de saúde e a prevenção de recaídas de um novo surto psicótico, são a base da intervenção de enfermagem no que concerne à problemática em causa.

Torna-se essencial uma compreensão efectiva do adolescente, na disponibilidade, no reconhecimento das características individuais, das experiências de transição, e sobretudo, a preparação do adolescente para as transições que poderá viver ao longo do seu processo de saúde.

A intervenção resulta da interacção entre a pessoa e o enfermeiro devendo ser baseada nos processos de transição e se possível actuar prevenindo a situação patológica

(MELEIS, 2005). Para a autora, a intervenção resulta da interacção entre a pessoa e o enfermeiro, devendo ser baseada nos processos de transição e se possível actuar prevenindo a situação patológica.

Afirma-se a pertinência da integração deste modelo de Enfermagem, na Intervenção de Enfermagem junto a estes adolescentes. Perspectiva-se uma intervenção que promova uma compreensão profunda dos diferentes processos de transição inerentes à problemática destes adolescentes, de forma a facilitar o desenvolvimento de respostas humanas adaptadas a todos os vividos nas diferentes transições.

Meleis (2005), refere três tipos de transições que envolvem mudanças, quer no estado de saúde, quer no desempenho de papéis, a nível de expectativas ou mesmo de capacidades. Como transições de desenvolvimento, refere a fase da infância para a adolescência, ou da idade adulta para a “pré-velhice”. Em relação às transições situacionais refere que envolvem a redefinição de papéis, como o nascimento ou a perda de um membro da família. Por último refere as transições de saúde-doença, em que os indivíduos se encontram a viver a transição de um processo de saúde e bem-estar, para um estado de doença aguda ou crónica.

Como referido anteriormente, neste estudo, relativamente à problemática em particular, os adolescentes encontram-se a vivenciar dois tipos de transição em simultâneo, a de desenvolvimento – infância para a adolescência - e a transição de saúde-doença.

3. O PLANEAMENTO

O planeamento de estágio obedece a duas fases distintas, a primeira, remete-se ao **Contexto de Internamento**, em que se pretendeu desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as situações de crise em saúde mental na infância e adolescência que requerem internamento hospitalar, com particular interesse pelos surtos psicóticos.

É na adolescência que emerge um grande número de perturbações psiquiátricas com sintomatologia psicótica, podendo na transição para a idade adulta organizar-se em doenças mentais graves com elevado grau de incapacidade. Nesse sentido, o primeiro surto psicótico ou o aparecimento de um novo surto psicótico requer uma compreensão diferenciada.

O exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação com o indivíduo, família e/ou grupo. O foco dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde, promovendo os processos de readaptação e deste modo a independência, assim como gerir os recursos aumentando o reportório pessoal e familiar, promovendo a adopção de estilos de vida saudáveis (OE, 2008). Neste âmbito, também Meleis (2005) foca a importância das intervenções de enfermagem na prevenção e promoção da saúde, centradas no cliente/família como forma de melhorar a saúde e o bem-estar, focando a intervenção não somente para uma transição, mas sim para todas as transições significativas para o cliente/família.

O aumento exponencial de enfermeiros especialistas impulsiona o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional, ao munir o enfermeiro de mais recursos, com vista ao desenvolvimento de respostas adaptadas em situações de extrema complexidade (OE, 2009). Sendo a situação de crise por surto psicótico desencadeadora de elevados níveis de desequilíbrios emocionais, físicos, psicológicos, familiares e do ponto de vista do desenvolvimento, coloca em risco a saúde mental do indivíduo e família.

Cabe ao EESM, realizar e implementar um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados, visando aumentar as suas capacidades e competências, mantendo e promovendo a

integração familiar, social e profissional, e reforçar as capacidades das famílias. Desta forma e por se tratar de um momento de crise vivenciado pelo cliente, em contexto hospitalar, será de extrema importância gerir os cuidados de emergência efectivos, bem como, gerir o regime medicamentoso (OE, 2009).

Em contexto de internamento surgem as oportunidades de sermos confrontados com as fases agudas dos diferentes quadros psicopatológicos no domínio da Saúde Mental da Infância e Adolescência.

Numa fase posterior a que obedece a fase central deste estágio, em **Contexto de Ambulatório**, pretendeu-se avaliar quais as dimensões mais presentes, na vivência do processo doença, junto ao adolescente após o primeiro surto psicótico.

Em suma, o referido período de estágio, tendo em conta o seu período em contexto de ambulatório e de internamento, visa a criação dos diferentes pressupostos iniciais de um Programa abrangente de Adesão ao Tratamento. Em seguida, serão explicitados os contornos e objectivos de cada fase em particular.

3.1. Contexto de Internamento

No decorrer do estágio na UIPIA, os objectivos específicos prenderam-se com o desenvolvimento de competências específicas do EESM, nas seguintes áreas e dimensões sensíveis a esta problemática específica, o adolescente em situação de crise - surto psicótico.

- ❖ Estabelecer relação terapêutica com adolescente/família/representante legal;
- ❖ Favorecer suporte adequado às diferentes alterações do pensamento e da percepção;
- ❖ Promover adesão à terapêutica;
- ❖ Gerir ambiente terapêutico;
- ❖ Estruturar alta em articulação com recursos de saúde do ambulatório;

Para tal desígnio e de acordo com orientação de Enfermeiro Orientador, consisti-me como Enfermeiro de Referência de um adolescente com surto psicótico no decorrer do período de estágio.

3.2. Contexto de Ambulatório

A fase do estágio relativa ao Contexto de Ambulatório estrutura-se como parte central do referido período de experiência clínica, na medida em que se pretende avaliar a Adesão ao Tratamento, a Adolescentes, após o Primeiro Surto Psicótico. Preconiza-se a aplicação do instrumento adjacente ao Catálogo CIPE[®], acima citado, “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento”, aprovado pela OE, 2009, como veículo de construção dos alicerces necessários à constituição de um **Programa de Adesão ao Tratamento, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes após o Primeiro Surto Psicótico**.

Desta forma, concretizam-se em seguida os respectivos objectivos esperados para esta fase:

- ❖ Identificar os motivos da adesão/não-adesão ao tratamento, subjacentes ao Instrumento de “Avaliação do Risco da Não-Adesão ao Tratamento” (Catálogo CIPE[®]), e vinculados a um conjunto de diagnósticos de Enfermagem específicos;
- ❖ Delimitar os pressupostos iniciais de um Programa de Adesão ao Tratamento, na Prevenção de Recaídas em Adolescentes, após o Primeiro Surto Psicótico;

Nesse âmbito, a proposta foi de acompanhamento individual de Enfermagem, junto a sete adolescentes, após ocorrência do primeiro surto psicótico.

4. A INTERVENÇÃO

Pretende-se neste particular descrever todo o percurso de estágio, tendo em conta, o impacto pessoal, bem como, todo o percurso de aprendizagem profissional no âmbito das Competências Específicas do EESM, na pressecução dos objectivos estabelecidos inicialmente.

4.1. Contexto de Internamento

O estágio de internamento decorreu na UIPIA. Esta Unidade é um espaço físico único e limitado, com lotação de dez camas para internamento, de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental e psiquiatria, com excepção das situações em que a principal causa de internamento se relacione com situações de delinquência e/ou toxicodepência. Nos últimos cinco anos tenho tido oportunidade de prestar cuidados nesta área específica. A realização do estágio num contexto de especialidade no meu local de trabalho suscitou-me inicialmente algumas dúvidas, “Será que não seria mais enriquecedor a escolha de um outro local que me permitisse uma experiência inovadora? Como vou estagiar num sítio que já faz parte do meu quotidiano? Como diferenciar o meu papel de estagiária da especialidade de enfermagem de saúde mental, com o meu papel de enfermeira de cuidados gerais, no mesmo contexto?”

Ao longo do meu percurso profissional na UIPIA, o cuidar de adolescentes com surto psicótico tem-me suscitado dúvidas, angústias, dificuldades e inquietações. Procurei então desenvolver competências, que me possibilitassem prestar cuidados cada vez mais especializados e diferenciados, na medida em que a intervenção de enfermagem no adolescente com surto psicótico é de extrema importância pois uma abordagem integrada e adequada às necessidades de cuidados no contexto de internamento, influencia positivamente o desenvolvimento de estratégias na gestão da crise, a sua reabilitação e a sua readaptação ao seu contexto social.

Durante o meu período de estágio desenvolvi intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais e de grupo, focalizadas nas respostas humanas e nas transições, bem como, o suporte às famílias.

Apesar de no internamento existir uma diversidade em termos de quadros psicopatológicos, inicialmente, tive receio que não fossem internados adolescentes com surto psicótico, dado esta não ser uma das patologias com maior incidência no internamento, embora ultimamente a frequência tenha aumentado. Foi-me possível então, desenvolver intervenções com dois adolescentes com surto psicótico, que deram entrada com uma diferença de quatro semanas. Num primeiro relato, descrevo as diferentes interações desenvolvidas ao longo do internamento de um adolescente, do qual fui constituída enfermeira de referência, num segundo relato descrevo um episódio com outro adolescente com a mesma problemática.

Como já referi anteriormente, ao longo deste relatório, a fase da adolescência é uma fase de confrontações internas que envolvem a construção da identidade. As estratégias de intervenção desenvolvidas com estes adolescentes devem ser delineadas num projecto terapêutico, o qual deverá ser discutido, realizado e avaliado por todos os membros da equipa multidisciplinar.

Na minha intervenção com os adolescentes supra-citados, encontrando-me numa situação de estágio, pude disponibilizar o tempo necessário, à intervenção individualizada e continuada, de uma forma centrada somente no adolescente e família. Desta forma, como enfermeira de referência, coloquei ao dispôr dos meus clientes, todos os meus saberes, tentando fazer uma avaliação o mais precisa possível das suas necessidades e recursos, quais as suas respostas humanas face ao momento de transição que se encontram a vivenciar, identificando o mesmo, desenvolvendo intervenções centradas nas suas necessidades, visando desde o acolhimento, a preparação para a alta, com a respectiva reintegração do adolescente no seio familiar e contexto social, de forma mais adaptada.

Existe uma diversidade de tipos de família que dificilmente se enquadram numa única definição, isto se considerarmos que o conceito de família pode revestir-se de diferentes formas dependendo da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal ou religioso, mudanças económicas, políticas, sociais e culturais a que assistimos (OE, 2008). Numa fase inicial de internamento dos adolescentes e sempre que necessário, os enfermeiros acompanham a interação entre o adolescente e sua família, pois embora em contexto de internamento pediátrico os pais acompanhem sempre os

filhos, na saúde mental e psiquiatria isso é uma exceção, visto os pais não estarem com os adolescentes em permanência. Esta realidade prende-se com a necessidade de favorecer, como finalidade terapêutica o processo de autonomização e individualização do adolescente, sendo central numa fase inicial do internamento acompanhar a família e adolescente em momentos de maior ansiedade e agitação.

Entre o conjunto de perturbação de saúde mental, os quadros psicóticos são os que mais envolvem e condicionam a dinâmica familiar instituída, logo a família necessita de ser acompanhada terapeuticamente neste processo, não apenas como aliados da equipa de saúde no contexto de internamento do filho, mas igualmente como clientes de cuidados, visto a sua dinâmica estar profundamente alterada com a ausência e o problema de saúde de um membro importante. A necessidade de disponibilizar tempo para esclarecer e identificar com a família novas formas de adaptação a esta realidade é essencial num momento em que o projeto de vida dos filhos representa para a família um grande investimento, sendo o estigma da psiquiatria ainda uma realidade.

Pertence à dinâmica do internamento, a realização de reuniões multidisciplinares diárias, o que me permitiram uma articulação com toda a equipa, definindo e reformulando, sempre que necessário o projecto terapêutico, posteriormente desenvolvido juntos dos adolescentes. Estes momentos em equipa revelam-se de extrema importância para o desenvolvimento de competências, sendo momentos cruciais em termos de aprendizagem permitindo-me reflectir sobre a minha prática.

Na UIPIA são planeadas actividades diárias de segunda a sexta-feira, essencialmente da parte da manhã, para que as tardes possibilitem momentos de intervenção junto do adolescente e família/representante legal. As actividades desenvolvidas são de ordem variada, nomeadamente: abordagens expressivas, abordagens psicomotoras e abordagens psicodinâmicas. Promovem a exteriorização do conflito e a libertação de tensões em momentos de grande conflito interno, vivenciando assim experiências relacionais seguras e gratificantes, assim como mecanismos de defesa de resistência ao *insight*. Vivenciar através de múltiplos mediadores da relação novas formas de expressão e interação, possibilita identificar novas formas de compreender os problemas e construir novas narrativas, novas compreensões dos eventos de vida que possibilitam construir novas vias de resolução de problemas.

A relação terapêutica é fundamental na reintegração e reorganização da pessoa, inclui saberes e práticas destinadas ao entendimento do ser humano na sua totalidade, limitações, possibilidades, potencialidades e necessidades imediatas. A relação terapêutica permite ainda a reflexão, o crescimento pessoal, o reconhecimento do ser humano como importante promotor do autocuidado e o desenvolvimento de habilidades para enfrentar o sofrimento e reintegrar-se em sociedade. Estabelece-se assim um contrato de envolvimento entre o terapeuta e o cliente/família que permite reconhecer a singularidade de cada ser humano, das suas relações sociais, perspectivas, fragilidades e viabilidades, assim como possibilita a autoconfiança e a autovalorização (KANTORSKY et al, 2005). Estabelecer uma relação terapêutica é primordial para se conseguir identificar as necessidades alteradas tendo em conta as actividades de vida, fazendo uma avaliação do estado mental e interacção do adolescente e família, planeando assim as intervenções de enfermagem.

4.1.1. Impacto Pessoal

Seguem-se dois relatos que irão ilustrar a profunda desorganização em dois adolescentes a vivenciar um surto psicótico. Em simultâneo, relata-se também a complexa “teia” emocional que é mobilizada no confronto com esta problemática.

O adolescente A. de 15 anos deu entrada num turno da tarde acompanhado pela mãe apresentando exaltação de humor, discurso verborreico com fuga de ideias, e actividade produtiva com alucinações visuais. Apesar de alguma resistência acabou por aceitar o internamento, tendo contribuído a relação prévia estabelecida no internamento anterior, por surto psicótico. Durante a admissão, o adolescente começa a cantar, associando o meu nome com o da autora da música.

Surgiu a dúvida perante este comportamento, o que fazer ou dizer, uma vez que apresentava uma elação de humor e uma associação de ideias. Recordo-me que no outro internamento este mesmo adolescente apresentava, na fase inicial, fácies fechado, humor depressivo, actividade produtiva, com medos e ansiedade, tristeza e desconfiança, o oposto a este internamento.

Observava a mãe do A. e tentava perceber a relação com o filho, se tinha consciência da gravidade do problema. O adolescente, ao longo da entrevista, manteve-se renitente ao internamento. Associava o facto do internamento actual se relacionar com o destino. **“Agora voltei a ser internado, logo na mesma altura do outro ano, as coisas não acontecem por acaso. Estou sempre a pensar, sempre a raciocinar.”** Quando se sentiu realmente confrontado com o internamento, reage com heteroagressividade no discurso dirigida à mãe, apresentando por períodos ideias de grandeza (**“Vou ser famoso e vou cantar para Hollywood”**).

Apesar da renitência em ficar internado, culpabilizando a mãe, consegue despedir-se da mãe e aceita a ajuda que lhe poderíamos proporcionar. O discurso era cada vez mais acelerado, com desorganização do pensamento e fuga de ideias. Uma situação francamente difícil de conter. Com tantos outros jovens internados, e associado o facto da unidade de internamento ser um espaço reduzido, há a constante necessidade de manter um ambiente tranquilo e contentor, com menor número de estímulos externos, de forma a promover a organização do pensamento, a adequação do comportamento, e por consequência, preservar o estado de doença do A. do restante grupo de pares. Foi necessário nesta fase administrar terapêutica em SOS para tranquilizar o adolescente.

Na interacção com o outro, revela-se mais intrusivo, com dificuldade em respeitar o espaço do outro, humor exaltado/expansivo, a necessitar de mediação constante. Ao longo do internamento estive presente em momentos cruciais da recuperação e adaptação do adolescente ao contexto hospitalar. Gradualmente foi participando nas dinâmicas de grupo, necessitando, numa fase inicial, de mediação dual para conseguir estar integrado no grupo, sendo também necessário, por vezes, retirá-lo do grupo, e promover nesta fase um ambiente mais tranquilo, proporcionando, a expressão de sentimentos, angústias, dúvidas, ou mesmo para estar sozinho.

Recordo um desses momentos, em que o adolescente pede para ir para o quarto, quando questionado se estava tudo bem, verbaliza sentir-se ansioso e -**“Estou com os pensamentos confusos, eu quero parar de pensar, mas a minha cabeça não me deixa. Vocês falam do que é real e do que não é real, e agora eu sinto cobras no meu corpo, nas pernas...eu sei que estou num hospital e que aqui é impossível haver cobras, mas eu sinto-as..”** Nesta fase apresenta maior consciência à identificação

dos conteúdos reais e alucinatórios do seu pensamento, solicitando medicação em SOS, para o ajudar na organização do pensamento.

Num outro momento verbaliza: - ***“No internamento anterior ouvia vozes, tudo era motivo para pensar que havia ali alguém, tipo um espírito. Lembro-me que tudo estava no que eu via na televisão. Sentia o que via ou ouvia. Via bruxas no hospital, chamava bruxas às enfermeiras. Fazia associação a letras e números com as crenças. Depois tive alta e sentia-me bem. O facto da minha avó ter vindo do Brasil ajudou-me muito, distraía-me. Agora voltei a ser internado, comecei a ser um adolescente rebelde na escola. Quanto à minha sexualidade, acho que sou bissexual, quando estava no Brasil despertava-me mais o meu lado homossexual. Sentia-me mais atraído por homens. Mas não me envolvi com ninguém, nem homens, nem mulheres. A minha mãe diz que na religião evangélica os bissexuais não terão lugar no reino de Deus, e que iria pedir por mim na igreja. Acredito em Deus, mais precisamente na trindade divina, Pai, Filho e Espírito Santo, acredito também que tudo na nossa vida acontece de acordo com a nossa fé, logo acredito que possa haver existência de outros deuses. Sou evangélico, no entanto há alturas em que visito as respectivas igrejas com menos ou mais frequência. Acabo por levar muito a peito aquilo que os pastores pregam, o que desencadeia uma fuga da realidade em que vivo.”*** Emergem nesta fase de relação de ajuda, algumas questões chave, como a sexualidade, a religião e a culpabilidade. O A. verbaliza sentir desejo de viver com o pai no Brasil, e sente-se culpabilizado por não ter tido oportunidade de o visitar quando esteve no Brasil. Estas questões são centrais ao longo do processo terapêutico, contudo em contexto de crise e durante o internamento, há necessidade de aceitar e conter esta culpabilidade associada à sexualidade e à religião, facilitando que estas questões sejam desenvolvidas no pós-crise.

Este adolescente mostrava um grande interesse pela música e revelava na verdade, competências nesta área. Ao longo do internamento foram realizadas intervenções terapêuticas, utilizando a música como mediador. A sua relação com a música era muito envolvente, correndo o risco de se desorganizar, assumindo nestes momentos o papel de músico, e apresentando grande excitabilidade, o que poderia dificultar o seu contacto com o real. Embora esta fosse uma preocupação que despertava em mim alguma ansiedade, as referidas intervenções terapêuticas sempre se apresentaram como um momento de

bem-estar para o A., de promoção da auto-estima e desenvolvimento de capacidade de se manter vinculado ao real, uma vez que lhe permitia estabelecer relações gratificantes, através do reconhecimento e reforço dos outros adolescentes e profissionais.

Das intervenções realizadas com o adolescente e família, a música, foi um tema abordado por diversas vezes, dada a participação recorrente do A. em Karaokes e Castings para programas televisivos. Foi reforçada a importância da mãe acompanhar o A. nos momentos referidos anteriormente, alertando para a importância de regras e limites a impôr, dada a sua problemática, alertando para os riscos associados à mesma e dos benefícios associados ao estado de alerta dos sinais prodrômicos de uma nova crise. Estes foram pontos-chave abordados ao longo da minha intervenção.

Tentei estar sempre presente durante as visitas, mediando a interação mãe/filho, e gerindo conflitos. Numa fase inicial, houve necessidade de interromper as mesmas, retirando o A. para um ambiente facilitador de expressão de sentimentos, angústias e zangas, e desta forma promovendo a contenção ambiental, proporcionando ao adolescente um ambiente calmo e tranquilo que o ajudasse na organização do pensamento.

Neste adolescente torna-se evidente a ambivalência que o enclausura no contexto do seu desenvolvimento identitário. Na sequência da fase aguda do seu processo doença, evidencia-se a importância de um acompanhamento em ambulatório que lhe permita construir de forma consistente todas as dimensões do seu processo identitário, em adequada harmonia entre todos os actores da sua vida, a família, os pares, o seu vínculo à religião, e o seu talento específico para a música.

Descrevo agora uma outra situação, vivenciada com um adolescente em surto psicótico. O adolescente tinha 15 anos, vivia no Brasil, e estava em Portugal de férias com a família. Apresentava discurso desorganizado, delírios místicos, desorganização do pensamento. Relato um dos piores momentos vividos no internamento. Uma noite aterrorizante, ameaçadora da minha integridade física, dos restantes técnicos em turno, bem como dos adolescentes internados.

Num turno da noite, o S. acorda, apresentando heteroagressividade verbal, delírios de conteúdo persecutório e místico, a deambular pela unidade, a acender as luzes dos quartos, solicitando em tom ameaçador e de forma repetitiva, a chave mestre da unidade para abrir a porta. Recordo a estrutura física do adolescente, o olhar ameaçador e fixo. Enquanto a minha colega preparava a medicação, eu tentava conter o comportamento do adolescente e encaminhá-lo para a sala de actividades, para desta forma, conseguir manter o ambiente tranquilo para os restantes adolescentes que se encontravam a descansar.

No momento em que fiquei sozinha com este adolescente, na sala de actividades, este aproxima-se de mim sem desviar o olhar, encosta o seu ombro ao meu apresentando postura tensa, e em tom ameaçador verbaliza, por diversas vezes, para lhe dar a chave para sair. Senti aquele momento como eterno, ainda hoje não consigo precisar o tempo que estive com ele. Dois minutos? Talvez...No imediato aparece a minha colega com a medicação em SOS, tendo o adolescente recusado. Apresenta nesta altura quadro de agitação psicomotora, grande heteroagressividade verbal e postura ameaçadora em relação aos técnicos. Foi contactada médica de urgência, que prescreve terapêutica intramuscular. Contactada a segurança do hospital, veio um Senhor Segurança e dois Senhores Agentes da Autoridade.

Aquando da entrada destes na Unidade, o S. ao deparar-se com esta situação, muda repentinamente o seu comportamento e cumpre todas as indicações. Foi previamente explicado ao S. que a presença das figuras de autoridade, eram devido ao estado de agitação psicomotora em que se encontrava, e por consequente à dificuldade em aceitar indicações. Pareceu-me nesta altura que o adolescente ficara com um medo extremo e que se sentira realmente ameaçado, o que não era, de forma alguma, a intenção inicial. No quarto, aparentemente calmo, ainda com a presença de figuras da autoridade, procedeu-se à administração de terapêutica intra-muscular, sem oferecer resistência. Verbalizou posteriormente que não gostava de mim e que sentia que eu também não gostava dele. E na verdade o que eu sentia era medo! Será que ele percebeu isso? Em que parte de mim se impunha o medo? De que forma o medo condicionou a possibilidade de uma relação terapêutica com este adolescente? Após este acontecimento, e nos vários momentos em que procurei estabelecer uma relação com o S., era devorada por aquele sentimento “o medo”, que me perseguiu ao longo de todo o internamento do adolescente.

Reflectindo sobre este episódio, durante a gestão de um comportamento agressivo, o prestador de cuidados, não deve em momento algum ficar sozinho com o adolescente. A integração dos agentes da autoridade, contaminou a relação terapêutica, no sentido em que, apesar de amentar a segurança do prestador de cuidados, impossibilitou que o comportamento do adolescente fosse contido em contexto terapêutico.

A capacidade de empatizar prende-se com a vulnerabilidade. A nossa vulnerabilidade, em saúde mental, permite uma maior capacidade de empatizar com a vulnerabilidade do outro. Embora o medo e a emoção que desperta potenciem um sentimento de insegurança, este necessita ser identificado, aceite e transformado para que a relação terapêutica não fique comprometida. É neste contexto que surge a necessidade de uma atenção particular á primeira Competência do EESM¹

4.2. Contexto de Ambulatório

Em contexto de ambulatório o propósito foi de acompanhar individualmente adolescentes após o primeiro surto psicótico, aplicando o Instrumento de “Avaliação do Risco da não-Adesão ao Tratamento” de modo a identificar quais os diagnósticos de enfermagem e respectivas necessidades de intervenção. A aplicação deste instrumento de avaliação permite uma abordagem sistemática face à identificação dos motivos da não-adesão ao tratamento dos indivíduos e família, tendo como principal foco a promoção de adesão ao tratamento. O referido Instrumento de Avaliação foi publicado em 2009, pela OE.

O Catálogo da CIPE[®], cumpre a funcionalidade de tornar a CIPE[®] num instrumento útil para a prática de Enfermagem, e desta forma, surge como um contributo importante nesta matéria específica de estabelecer parcerias com os indivíduos e famílias para promover a adesão ao regime terapêutico. Este catálogo permite integrar mais facilmente a CIPE[®] na prática de enfermagem, quando diz respeito a uma área de especialidade, ou numa área de foco da enfermagem, ou com clientes que têm estados de saúde ou processos de doença específicos. A CIPE[®] define o cliente como sendo o objecto de um diagnóstico de enfermagem e o receptor de uma intervenção de enfermagem. O catálogo CIPE[®] dirige-se

¹ Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional (OE, 2010).

tanto aos indivíduos como às famílias enquanto clientes e a prioridade é o fenómeno de enfermagem de adesão ao tratamento.

A CIPE[®] tornou-se assim no meu instrumento central de diagnóstico e concretização da referida intervenção, tendo em conta os objectivos estabelecidos para cada fase anunciada anteriormente.

O enfermeiro deve auxiliar o cliente na compreensão dos vários aspectos da adesão ao tratamento e desenvolver junto do mesmo o plano de gestão de regime terapêutico, que envolve orientações de diferentes profissionais - terapêutica medicamentosa, alterações e modificações no estilo de vida e acompanhamentos, por vezes difíceis, para os adolescentes e família/responsável legal (OE, 2009).

Numa perspectiva complementar, a CIPE[®] trouxe um conjunto de ganhos ao desenvolvimento da disciplina e ao exercício profissional de Enfermagem. Por um lado, confere um instrumento multiaxial que estrutura a possibilidade do juízo clínico de Enfermagem na relação que estabelece com o processo de Enfermagem. A integração progressiva do referido sistema de classificação no exercício quotidiano da profissão, viabiliza pela clara sobreposição com o processo de Enfermagem nas diferentes fases que o constituem, a possibilidade de Diagnóstico Clínico em Enfermagem.

Torna-se evidente a decisiva importância de apropriação da CIPE[®] nas diferentes dimensões da profissão, de forma a potenciar uma integração nos Sistemas de Informação em Saúde, o envolvimento activo nos processos de tomada de decisão política em Saúde, e, em particular, a autonomia progressiva na regulação da profissão.

Na prática holística de enfermagem estão incluídos a avaliação do risco de não-adesão - incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, socio-culturais, ambientais e espirituais - a identificação de diagnósticos para a não-adesão e respectivas intervenções de enfermagem (OE, 2009).

A não-adesão ao tratamento revela-se um desafio prioritário nas intervenções de enfermagem e torna-se uma barreira efectiva aos cuidados prestados, trazendo implicações no processo de saúde e qualidade de vida dos clientes. A identificação das

causas da não-adesão são essenciais para fornecer informações para a elaboração do plano de intervenções de enfermagem, que visem comportamentos de adesão e otimizem a interação enfermeiro/cliente (ABRUNHOSA et al, 2007).

4.2.1. Apresentação dos Resultados

Neste sub-capítulo em particular pretende-se dar evidência à aplicação do Instrumento de “Avaliação do Risco de Não-adesão ao Tratamento”, através da apresentação e discussão dos resultados após mobilização do mesmo junto a sete adolescentes, que vivenciarem o primeiro surto psicótico.

O instrumento de “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento”, é um quadro com duas colunas, “Diagnósticos de Enfermagem” (segundo a terminologia CIPE®) e “Avaliação” (questões que orientam a avaliação dos indivíduos e famílias relativamente a cada um dos diagnósticos). O quadro encontra-se organizado de acordo com quatro aspectos dos cuidados de enfermagem, sendo eles, físico, mental e comportamental, sócio-cultural e o ambiental espiritual.

“a prática holística da enfermagem inclui: avaliar o risco de não-adesão (incluindo aspectos físicos, mentais, comportamentais, sócio-culturais, ambientais e espirituais); identificar os diagnósticos e motivos para a não-adesão; proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas para o cliente, com base na avaliação; e avaliar a adesão ao tratamento” (OE, 2009, p.10)

No contexto da aplicação do instrumento de avaliação “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento”, pretendo perceber quais os diagnósticos e respectivas áreas de intervenção de maior relevância, de forma a assegurar um investimento mais consistente na promoção da adesão ao tratamento.

Dessa forma torna-se evidente os diagnósticos mais prevalentes, as respectivas intervenções, assim como, o conjunto de diagnósticos não verificáveis na infância e adolescência. Torna-se prioritário avaliar as necessidades do cliente, identificar diagnósticos de enfermagem correspondentes, de modo a que seja possível o planeamento adequado das intervenções (BOLANDER, 1998).

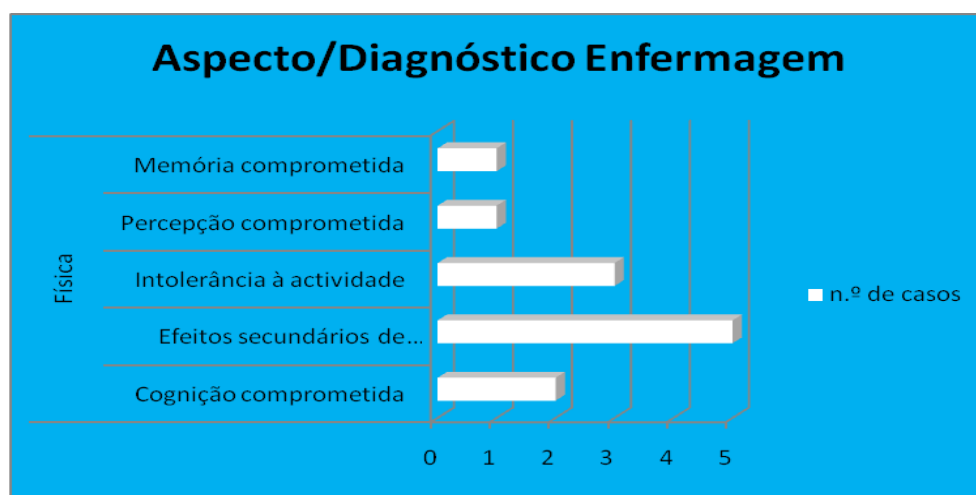
A adesão é definida, como sendo “a medida em que o comportamento de uma pessoa - tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (OE, 2008). A adesão abrange comportamentos mais alargados, relacionados com a saúde, que vão para além do cumprimento da toma da terapêutica prescrita. Adoptar modificações comportamentais dirigidas ao controlo do peso, dieta pouco saudável e níveis insuficientes de actividade física são alguns exemplos de comportamentos relacionados com a adesão (OE, 2008).

Analizando as respostas fornecidas ao longo da aplicação do instrumento de avaliação, foi possível chegar a algumas conclusões relevantes para os objectivos do estudo. Depois de aplicado o instrumento, todas as respostas foram isoladas, de acordo com os quatro aspectos descritos no mesmo, de modo a facilitar e tornar mais rigorosa a sua análise. Seguidamente, apresentam-se então os resultados sobre cada aspecto, de acordo com os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes nesses adolescentes.

Aspecto Físico - Diagnósticos mais frequentes

Relativamente ao aspecto físico (Gráfico n.º 1), conseguiu-se perceber que a “**Intolerância à actividade**” e “**Efeitos secundários da medicação**”, foram os diagnósticos mais frequentes, evidenciados, respectivamente, em 3 e 5 dos casos. Dos restantes mais frequentes há a destacar a “**Cognição comprometida**”, que se evidenciou em 2 casos, e a “**Memória comprometida**” e “**Percepção comprometida**” ambos evidenciados em 1 caso.

Gráfico n.º1 – **Aspecto Físico** - Número de casos em cada Diagnóstico

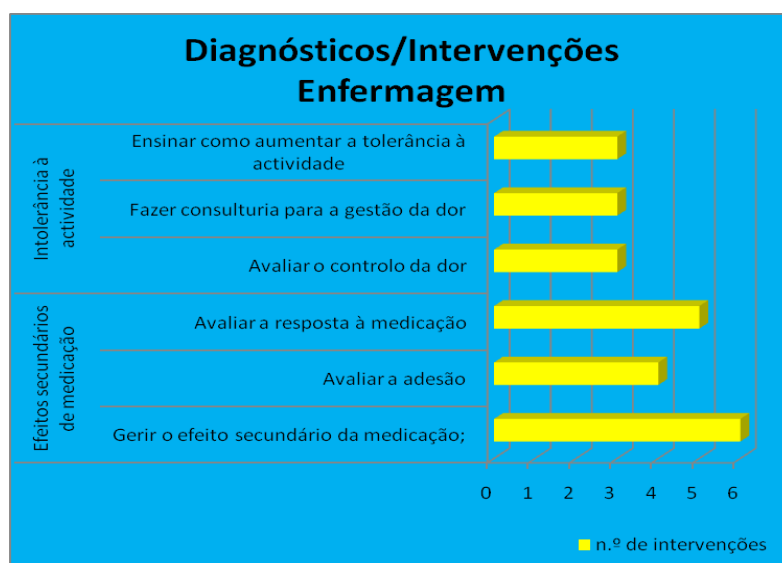


Perante os diagnósticos identificados foram levadas a cabo algumas intervenções de modo a resolver o problema. De entre eles há a destacar a articulação com a Dietista, de forma a alguns adolescentes beneficiarem de acompanhamento dietético, para ajuste do regime alimentar à sua idade e necessidades. Para além do descrito, para um eficaz cumprimento do regime medicamentoso, houve ainda necessidade de ser preparada terapêutica semanal ou quinzenal junto de alguns adolescentes, com o intuito de envolvê-los no seu processo de saúde.

Aspecto Físico – Intervenções por Diagnósticos mais frequentes

No que concerne aos diagnósticos mais evidenciados no aspecto físico, tentou-se perceber quais as intervenções para os referidos diagnósticos e aquelas que mais se destacam. Através do gráfico que se segue (Gráfico n.º2), percebe-se que para o diagnóstico de **“Intolerância à actividade”**, surge a necessidade de desenvolver algumas intervenções como: “Ensinar como aumentar a tolerância à actividade”, “Fazer consultoria para a gestão da dor” e “Avaliar o controlo da dor”. Por sua vez, para o diagnóstico de enfermagem **“Efeitos secundários da medicação”**, emergem como intervenções *major* a desenvolver: “Gerir o efeito secundário da medicação”, “Avaliar a resposta à medicação” e “Avaliar a adesão”.

Gráfico nº2 – **Aspecto Físico** - Número de Intervenções por Diagnóstico

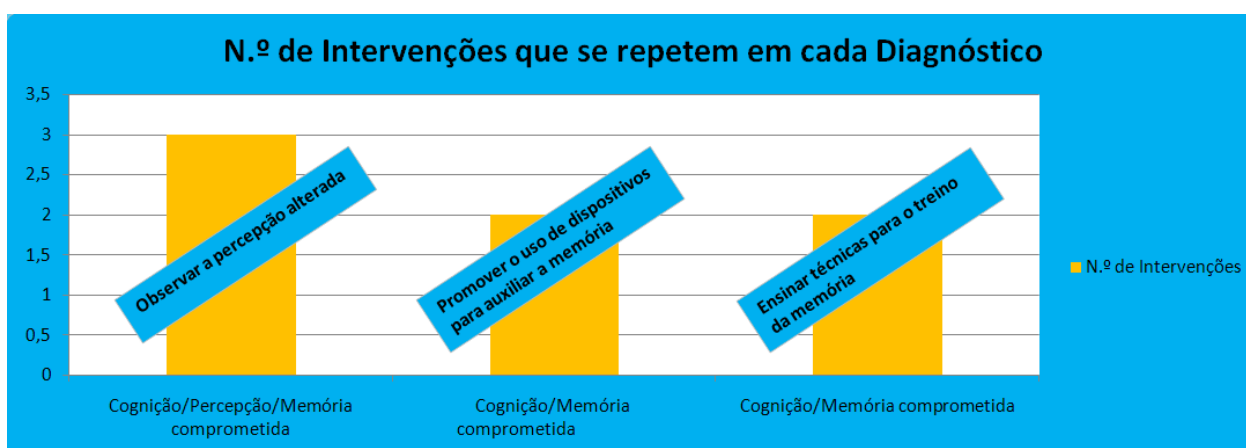


A adesão à terapêutica e a importância de aderir à mesma, foi uma das intervenções abordadas junto dos adolescentes e família/representante legal. Um dos adolescentes que acompanhei, era institucionalizado, e como tal, o técnico que geria a terapêutica nem sempre era o mesmo. Esta situação tanto pode influenciar na adesão à terapêutica como às consultas, já que nem sempre era o mesmo técnico a gerir a medicação. Em algumas situações estes factores podem ser determinantes do sucesso da intervenção desenvolvida.

Aspecto Físico – Intervenções mais frequentes por diagnóstico

Pela análise gráfica (Gráfico n.º 3), verifica-se que a mesma intervenção de enfermagem está presente em diferentes diagnósticos, sendo que, a intervenção “Observar a percepção alterada”, surge em três diferentes diagnósticos (“**Cognição comprometida**”, “**Percepção comprometida**” e “**Memória comprometida**”); a intervenção “Promover o uso de dispositivos para auxiliar a memória”, é comum em dois diagnósticos de enfermagem (“**Cognição comprometida**” e “**Memória comprometida**”); e a intervenção de enfermagem “Ensinar técnicas para o treino de memória”, surge em dois diferentes diagnósticos de enfermagem, (“**Cognição comprometida**” e “**Memória comprometida**”).

Gráfico nº3 – **Aspecto Físico** – Intervenções mais frequentes por Diagnóstico

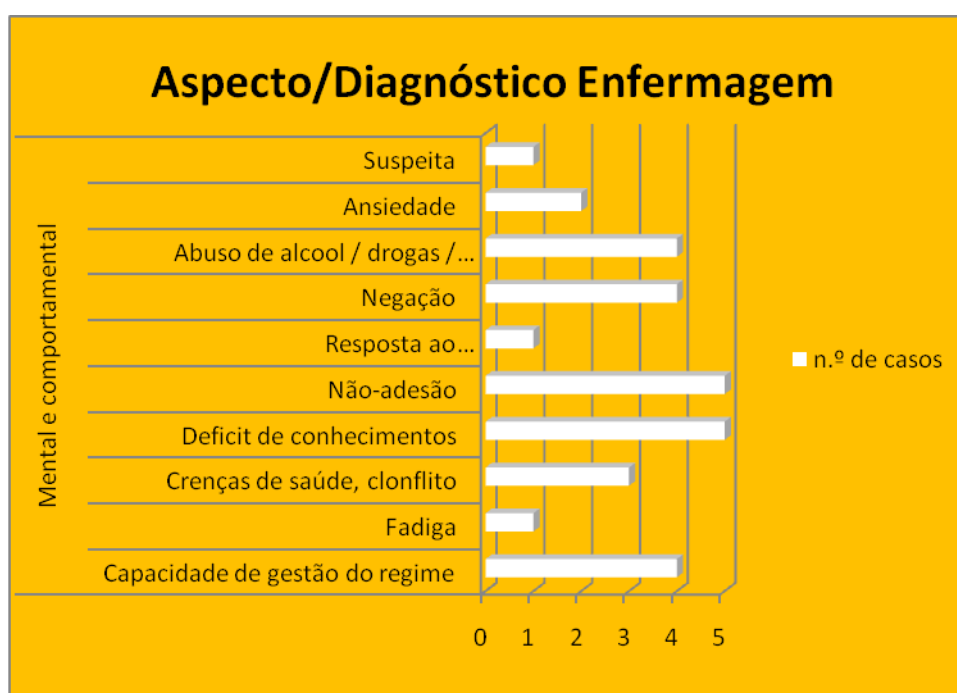


Alguns adolescentes referiram sentir falhas de memória, o que identificam como a causa de se esquecerem de tomar a medicação. Perante esta problemática e depois de lhes ter sugerido o recurso a auxiliares de treino de memória, os adolescentes referem que este poderia revelar-se eficaz na redução do risco.

Aspecto Mental e Comportamental - Diagnósticos mais frequentes

Remetendo-me ao gráfico seguinte (Gráfico n.º 4), é possível constatar que os diagnósticos que surgem com maior frequência, isto é, em cinco dos sete casos, são a **“Não-adesão”** e o **“Déficit de conhecimentos”**. Em seguida, há a destacar outros diagnósticos igualmente frequentes, como o **“Abuso de álcool/Drogas/Tabaco”**, a **“Negação”** e a **“Capacidade de gestão do regime”**, com quatro casos; as **“Crenças de saúde, conflito”**, com três; e a **“Ansiedade”** com dois.

Gráfico nº4 – **Aspecto Mental e comportamental** - Número de casos em cada Diagnóstico



Aspecto Mental e Comportamental – Intervenções por diagnósticos mais frequentes

Na seguinte tabela (Tabela n.º 1) é possível verificar-se o número de intervenções por diagnóstico. A **“Não-adesão”**, o **“Deficit de conhecimentos”** e a **“Capacidade de gestão do regime”**, são os diagnósticos que apresentam maior número de intervenções. Sendo que o **“Abuso de álcool/drogas/tabaco”** e a **“Negação”** são os diagnósticos com menos intervenções, embora não menos importantes e relevantes para a adesão ao tratamento.

Tabela n.º 1 – **Aspecto Mental e comportamental** - Número de Intervenções por Diagnóstico

Diagnósticos	Intervenções Enfermagem	
Capacidade de gestão do regime	Avaliar a atitude relativamente ao regime/tratamento farmacológico	8
	Avaliar a resposta ao ensino	4
	Gerir a medicação/regime	8
	Ensinar acerca da doença (processo patológico)	4
	Ensinar acerca das necessidades dietéticas/exercício físico	8
	Ensinar acerca da medicação/regime	8
	Contrato para a adesão	4
Deficit de conhecimentos	Avaliar a disponibilidade em aprender	5
	Avaliar a resposta ao ensino	5
	Fornecer materiais educativos	5
	Ensinar acerca das necessidades dietéticas/nutrição/exercício	15
	Ensinar acerca de doença/regime/medicação	15
Não-adesão	Avaliar o auto-cuidado	5
	Avaliar a atitude relativamente ao regime/tratamento farmacológico	5
	Avaliar a resposta ao ensino	5
	Gerir a medicação/regime	5
	Estabelecer uma ligação	5
	Garantir a continuidade dos cuidados	5
	Contrato para a adesão	5
Negação	Avaliar obstáculos à adesão	4
	Avaliar a negação	4
	Identificar a atitude relativamente aos cuidados	4
	Atribuir prioridade ao regime de tratamento	4
Abuso de álcool / drogas / tabaco	Estabelecer a confiança	4
	Manter a dignidade e a privacidade	4
	Promover o apoio social	4
	Comunicar o estado a um membro da família	4

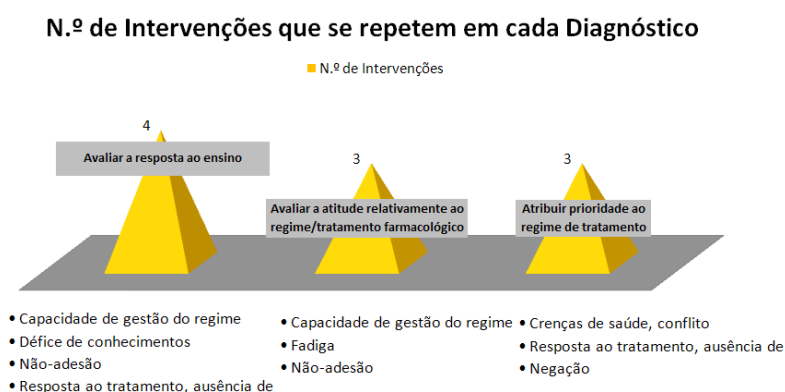
Em relação a este Aspecto Mental e Comportamental, relato a minha intervenção com uma adolescente de 15 anos, que vive com os pais. A mãe tem antecedentes psiquiátricos, vários surtos psicóticos e mantém-se em casa, recusando terapêutica. O pai sustenta a família, por ser a única pessoa que trabalha, e dorme a maior parte das noites em casa da avó da R.. Perante esta situação a R. recusa ir à escola e fica em casa a cuidar da mãe. Numa primeira consulta, veio acompanhada pela avó, que se manteve, ao

longo da consulta preocupada com os bombeiros que estavam à espera. Nesse dia, a R. apresentava fâcies fechado, humor deprimido, discurso breve e somente quando solicitado, cabis baixo, sem direccionar o olhar. Verbalizava ter alucinações auditivas (*“oiço vozes e barulhos em casa, a minha mãe também ouve o mesmo”* - sic R.). Proposto internamento pela médica pedopsiquiatra, que recusou. Efectuada desde logo a articulação com os meios da comunidade da área de residência do adolescente. Após vários contactos, consegui informação necessária, por parte de enfermagem e médico de família do Centro de Saúde, para perceber melhor o contexto em que a R. estava inserida. Foi possível assim, perceber que a R. já estava referenciada à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens. Desde então, a articulação com os diferentes serviços na comunidade foi-se tornando mais consistente, o que facilitou o acompanhamento e adequação de estratégias para o caso da R..

Aspecto Mental e Comportamental – Intervenções mais frequentes por diagnóstico

Analisando as intervenções, pode constatar-se no gráfico seguinte (Gráfico n.º 5) que “Avaliar a resposta ao ensino”, é a intervenção mais frequente, surgindo em quatro diagnósticos distintos (**“Capacidade de gestão do regime”**; **“Défice de conhecimentos”**; **“Não-adesão”**; **“Resposta ao tratamento, ausência de”**). Outra das intervenções mais frequentes é a de “Avaliar a atitude relativamente ao regime/tratamento farmacológico”, que surge, por sua vez, associada aos seguintes diagnósticos: **“Capacidade de gestão do regime”**; **“Fadiga”**; **“Não-adesão”**. “Atribuir prioridade ao regime de tratamento” é outra das intervenções mais frequentes, a desenvolver perante os diagnósticos de **“Crenças de saúde, conflito”**; **“Resposta ao tratamento, ausência de”** e **“Negação”**.

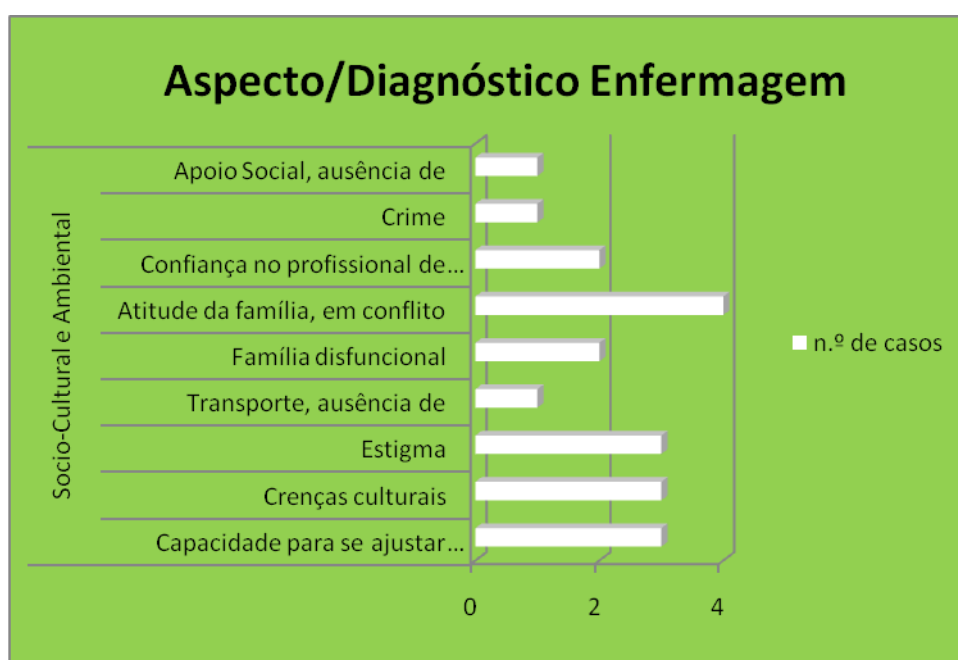
Gráfico nº 5 – **Aspecto Mental e comportamental** - Intervenções mais frequentes por Diagnóstico



Aspecto Sócio-cultural e Ambiental - Diagnósticos mais frequentes

Relativamente ao aspecto de natureza social, cultural e ambiental, como se pode constatar pelo gráfico seguinte (Gráfico n.º 6) há a destacar como diagnóstico mais frequente, a **“Atitude da família, em conflito”**. Outros dos diagnósticos mais frequentes são: **“Estigma”**, **“Crenças culturais”** e **“Capacidade para se ajustar (adequação)”**, com três casos, e **“Confiança no profissional de saúde, ausência de, Confiança, baixa”** e **“Família disfuncional”**, com dois casos.

Gráfico nº 6 – **Aspecto Sócio-Cultural e Ambiental** - Número de casos em cada Diagnóstico



Em momento individual com um adolescente, e após aplicação do instrumento de avaliação, este verbaliza ter saído de casa da avó para ir morar com a mãe e padrasto, num bairro social. Por consequência, terminou a relação com a namorada e deu início ao consumo de drogas, envolvendo-se em pequenos furtos. Verbaliza dificuldades económicas e como tal, dificuldades em se deslocar às consultas.

Alguns familiares foram contactados de com o intuito de comparecerem às consultas e o quão isso seria imprescindível para o processo de saúde dos adolescentes. Poucos foram os momentos de intervenção familiar, pela falta de disponibilidade dos mesmos.

Aspecto Sócio-cultural e Ambiental – Intervenções mais frequentes por diagnóstico

A partir do gráfico n.º 6, anteriormente apresentado, é possível constatar que os diagnósticos com maior evidência são a **“Atitude da família, em conflito”**; **“Estigma”**; **“Crenças culturais”** e **“Capacidade para se ajustar (adequação)”**.

Perante esta constatação procurou-se identificar qual o número de intervenções que estão presentes em cada diagnóstico. Conclui-se que no diagnóstico **“Atitude da família, em conflito”** surgem como intervenções mais frequentes: “Avaliar as crenças culturais”; “Avaliar as terapêuticas tradicionais (complementares)”; “Fazer consultoria com os serviços de cuidado ao domicílio”; “Promover o apoio social” e “Ensinar a família acerca da doença (processo patológico)”.

Em relação ao diagnóstico **“Estigma”** surgem como intervenções mais frequentes: “Manter a dignidade e a privacidade” e “Ensinar técnicas de adaptação”. Intervenções como “Estabelecer a confiança”; “Manter a dignidade e a privacidade”; “Ensinar técnicas de adaptação”; “Apoiar o processo de tomada de decisão”, são as mais frequentemente desenvolvidas na resolução do diagnóstico **“Capacidade para se ajustar (adequação)”**.

Para o diagnóstico **“Crenças culturais”**, as intervenções que surgem com maior frequência são: “Avaliar as crenças culturais”; “Ensinar a família acerca da doença (processo patológico)” e “Ensinar a família acerca do regime”.

Tabela nº 2 - **Aspecto Sócio-Cultural e Ambiental** - Número de Intervenções por Diagnóstico

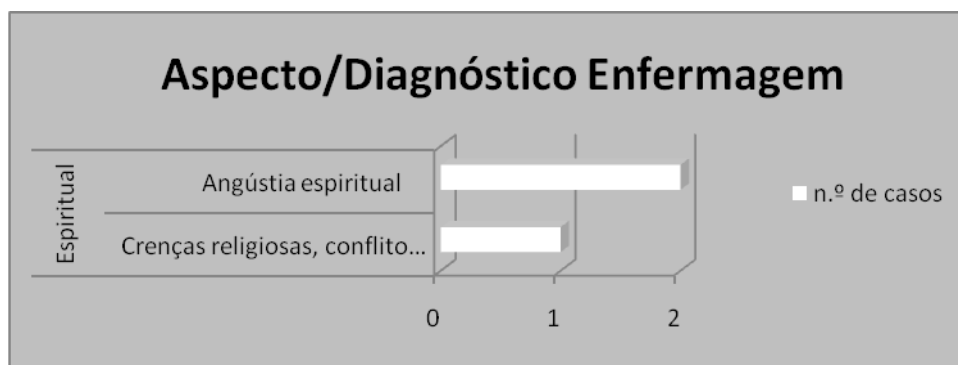
Diagnósticos	Intervenções Enfermagem	
Capacidade para se ajustar (adequação)	Estabelecer a confiança	3
	Manter a dignidade e a privacidade	3
	Ensinar técnicas de adaptação	3
	Apoio o processo de tomada de decisão	3
Crenças culturais	Avaliar as crenças culturais	3
	Ensinar a família acerca da doença (processo patológico)	3
	Ensinar a família acerca do regime	3
Estigma	Manter a dignidade e a privacidade	3
	Ensinar técnicas de adaptação	3
Atitude da família, em conflito	Avaliar as crenças culturais	4
	Avaliar as terapêuticas tradicionais (complementares)	4
	Fazer consultoria com os serviços de cuidado ao domicílio	4
	Promover o apoio social	4
	Ensinar a família acerca da doença (processo patológico)	4

Os adolescentes acompanhados referem ter vergonha que os colegas da escola tenham conhecimento da patologia, assim como da toma da terapêutica, sentindo-se estigmatizados. Preocupam-se com as consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento. O seguimento e cumprimento do plano de tratamento torna-se assim difícil de enquadrar no estilo de vida dos mesmos. Verbalizam a falta de acompanhamento e envolvimento dos familiares/representantes legais, contudo alguns adolescentes não consideram isso como um problema. Em relação às crenças culturais, muitos dos familiares ausentam-se das suas funções, pela falta de conhecimento acerca da problemática em causa, pensando ser apenas comportamental e/ou resultante do meio em que o adolescente se insere.

Aspecto Espiritual - Diagnósticos e intervenções mais frequentes

Como se constata no Gráfico n.º 7, dois adolescentes apresentam como diagnóstico **“Angústia Espiritual”**, ou seja, o regime de tratamento desafia as crenças espirituais e/ou religiosas. Como intervenção de enfermagem torna-se necessário **“Encaminhar para o serviço religioso”** e **“Apoiar rituais espirituais”**.

Gráfico nº 7 – **Aspecto Espiritual** - Número de casos em cada Diagnóstico



Para o diagnóstico **“Crenças religiosas, conflito (mediação, dieta, família, comunidade)”**, em que as crenças e/ou práticas religiosas entram em conflito com o regime de tratamento prescrito, surgem intervenções de enfermagem como, **“Encaminhar para o serviço religioso”**; **“Avaliar as crenças espirituais”**; e **“Avaliar as crenças espirituais da família”**.

4.2.2. Discussão dos Resultados

Na sequência da apresentação dos resultados da aplicação do instrumento “Avaliação do Risco de Não-adesão ao Tratamento”, apesar de amostra empiricamente não significativa, assim como, a abordagem reflexiva dos diferentes estudos realizados a este propósito, destaca-se a complexidade da intervenção ao adolescente no período pós surto psicótico. Nesse sentido, importa afirmar que a mesma deve contemplar a intervenção farmacológica, complementadas por abordagens psicossociais de natureza distinta, desde as que estão centradas no próprio doente, como as que estão vocacionadas para toda a família ou rede social de suporte.

A intervenção farmacológica assenta não exclusivamente nos psicofármacos, em especial, os fármacos do tipo Anti- Psicóticos, os quais, têm um efeito terapêutico

desejável em particular para toda a sintomatologia positiva (alterações de percepção, p.e.), todavia apresentam um conjunto de efeitos secundários adversos, os moderados, tais como, a alteração drástica da imagem corporal (aumento ponderal, alteração e condicionamento da resposta motora), os mais graves, compromisso do processo cognitivo, e um conjunto de alterações neuro-musculares como as reacções distónicas agudas, acatisia, acinesia. (EHMANN, 2004).

De forma complementar, a abordagem psicossocial constitui uma estratégia diversificada, no âmbito de aplicação e recursos disponíveis a utilizar, permitindo a elaboração de um plano de intervenção com enfoque nas várias dimensões relacionados com o sujeito diagnosticado com psicose na adolescência, sem fazer uso exclusivo de substâncias farmacológicas (MCKENNA, 1994). Actualmente investigadores e clínicos estão de acordo que o tratamento farmacológico utilizado em clientes psicóticos é necessário, porém insuficiente para a intervenção na psicose, emergindo a crescente motivação pelas abordagens psicossociais.

Parece consensual que a abordagem terapêutica junto ao adolescente com doença mental grave, como os quadros psicóticos, contempla o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais (LEAL et al, 2008). Neste sentido, torna-se pertinente problematizar os diferentes resultados obtidos após aplicação do referido instrumento para aquela amostra particular, à luz das diferentes conclusões inerentes à evidência científica recente.

Na primeira dimensão em análise – **Aspecto físico** – sobressai a radical alteração da imagem corporal, assim como, da disponibilidade para actividade física, ainda a longo prazo alterações do processo de memória. O exercício do EESM deve favorecer no âmbito do projecto terapêutico estabelecido, uma reflexão muito consistente sobre a doença, os seus limites, as suas consequências na gestão do dia-a-dia, bem como, aportar todos os contributos para uma percepção mais consistente do que está em causa na adesão ao tratamento, o qual, integra a dimensão farmacológica, e a dimensão da intervenção psicossocial.

Uma conclusão consistente com a abordagem psicoeducativa que se refere à possibilidade de dotar o cliente de toda a informação sistemática, didáctica e estruturada

relativa à doença e tratamento (RUMMEL-KLUGE et al, 2006), ou seja, que este seja capaz de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, ajudando-o a lidar melhor com a problemática, passando a conhecer pormenorizadamente as consequências, os sintomas e os factores desencadeantes referentes à doença psicótica (CAMINHA et al, 2003). Fundamentalmente pretende-se construir com o adolescente uma relação mais harmoniosa com o seu corpo, e as diferentes condicionantes da actividade física e motora, numa perspectiva de horizonte futuro saudável apesar da doença e todos os seus efeitos no quotidiano individual.

Ao considerar a segunda dimensão – **Mental e comportamental** – salienta-se a importância de estruturar a intervenção de forma a promover no cliente, o desenvolvimento de recursos e estratégias para gerir o regime terapêutico, os quais poderão integrar, o cumprimento da terapêutica prescrita, a dieta estabelecida, a frequência nas consultas terapêuticas individuais, familiares ou grupais, a integração em outras actividades lúdicas, recreativas ou ocupacionais. Quanto mais capaz se tornar o cliente na gestão do seu regime terapêutico, maior conhecimento apresentará sobre a sua condição de saúde, bem como, de vivenciar as diferentes fases de confronto com uma doença crónica e incapacitante, por último, a importância de requalificar a sua vida no que concerne, hábitos e estilos de vida contraproducentes para uma relação saudável e não penalizante com a doença.

Numerosos estudos evidenciam a importância da implementação disso mesmo, ao destacar a relação entre a fraca adesão ao tratamento e o défice de informação inerente ao processo doença. Um estudo particularmente interessante na medida em que os diferentes motivos apresentados para a não adesão estão vinculados à falta de informação, ao passo que outras razões tradicionalmente consideradas pelos profissionais de saúde, p.e. os efeitos secundários da medicação, foram citadas por menos de 5% dos clientes (MORSELLI & ELIGIE, 2002).

Na terceira dimensão do instrumento – **Sócio-cultural e ambiental** – obvia-se a enorme importância da família e de uma rede social de suporte no processo de saúde-doença dum adolescente com sintomatologia psicótica. Os quadros psicóticos, independentemente do diagnóstico médico, representam os quadros mais graves no

contexto da doença mental, pela mudança radical do indivíduo inerente ao processo de tratamento e reabilitação, também pela necessidade de mobilizar a família e o meio social envolvente.

A abordagem deve contemplar a mediação da relação entre o próprio e família, de forma a assegurar um reconhecimento mútuo das limitações e fragilidades específicas, por outro lado, do potencial de requalificação e exponenciação dos diferentes factores protectores da família enquanto unidade (BECK & RECTOR, 2005; PRATT et al, 2005).

Nesse particular, destacam-se algumas abordagens psicossociais que configuram uma metodologia terapêutica psicoeducativa, as quais, preconizam tempos de intervenção grupal em que todos os elementos familiares são integrados (FALLON et al, 1981); (KESHAVAN & SCHOOLER, 1992), de forma a fomentar a capacidade de comunicação intra-grupal, o desenvolvimento de estratégias concretas de resolução de conflitos inerentes à vivência da doença. Um espaço de ressonância colectivo, de reconhecimento das dificuldades e virtualidades positivas de cada um dos elementos da família, que não apenas o próprio.

A importância ainda de favorecer no regime terapêutico acima referido, o envolvimento de diferentes parceiros na comunidade, em Portugal, Comissões de Protecção Crianças e Jovens, escolas, associações locais, de forma a garantir o suporte necessário para uma vida adolescente próxima do expectável nesta fase de desenvolvimento. Ao considerar isso mesmo, parece-nos importante o desenvolvimento de estratégias de intervenção grupal, por tudo o que pode suscitar no indivíduo como a vivência colectiva da doença, seus limites e implicações, o mito da doença e respectivo estigma, e dos diferentes factores protectores a serem potenciados. (PRATT et al, 2005).

A última dimensão – **Aspecto espiritual** – talvez seja a vertente menos referida e destacada seja no contexto da aplicação deste instrumento, seja enquanto evidência de estudos empíricos. Parece-nos importante que as abordagens terapêuticas elencadas contemplem a possibilidade de integrar a vivência das crenças religiosas, para que estas não se constituam como fonte de conflito no decorrer do processo de tratamento e reabilitação.

Face a todas estas evidências, e face aos resultados obtidos no presente trabalho, pode considerar-se que as abordagens psicossociais são estratégias decisivas no tratamento do adolescente após surto psicótico, entre as quais, podemos considerar os programas psicoeducativos (SEVILHANO, 2007), de que são exemplos, os que foram destacados anteriormente. Podemos entender as estratégias psicoeducativas visam favorecer o desenvolvimento de estratégias concretas e mensuráveis, na gestão da vulnerabilidade específica do utente e família face às circunstâncias adversas do dia-a-dia, desta forma, a requalificação da rede familiar e consolidação do processo de reabilitação. (BECK & RECTOR, 2005; PRATT et al, 2005).

Em Portugal, o nível de implementação desta tipologia é extremamente residual no que concerne ao tratamento de clientes psicóticos (GONÇALVES-PEREIRA et al, 2006). Pode-se sinalizar um programa de intervenção, “*Psychoedutaining*”, como estudo multicêntrico, realizado em 2003 e 2007, aplicado em clientes com psicose e que foi desenvolvido em parceria científica incluindo vários países europeus, dos quais Portugal, participação esta, assegurada por uma equipa da Faculdade de Ciências Médicas, juntamente com os Hospitais Fernando da Fonseca, Miguel Bombarda e de Nossa Senhora do Rosário. Em suma, este programa revelou que existe apenas uma minoria de equipas multidisciplinares nos centros hospitalares psiquiátricos a desenvolver trabalhos estruturados envolvendo esta tipologia de terapia em clientes mentais graves (GONÇALVES-PEREIRA et al, 2006).

Tendo em conta toda a evidência clínica e empírica descrita anteriormente, apresenta-se em seguida uma proposta de intervenção de Enfermagem a adolescentes após o primeiro surto psicótico, subjacentes a uma abordagem no domínio da Psicoeducação.

4.3. Pressupostos de um Programa de Intervenção

Nos últimos anos os avanços terapêuticos provocaram acentuadas mudanças nos quadros clínicos, e hoje pode-se assistir a novas formas de intervenção, entre as quais as intervenções psicoeducativas.

Apesar de existir uma vasta investigação na área de intervenção à psicose e de terem sido implementados vários programas nesta área, são ainda poucos os estudos que focam especificamente a intervenção em primeiros surtos psicóticos.

O programa proposto baseia-se nos seguintes valores e princípios: plano personalizado dos procedimentos em função das necessidades e requisitos do adolescente após primeiro surto psicótico; participação activa do adolescente em todas as fases do seu processo de reabilitação; envolvimento activo das famílias e/ou representantes legais; apoio contínuo e pelo tempo que o adolescente considere necessário; e utilização de farmacologia. Estas premissas inscrevem-se nos predicados do *National Institute for Health and Clinical Excellence Guidelines* (2009) e do *Training grid outlining best practices for recovery and improved outcomes for people with serious mental illness* (2004). Estas *guidelines* contêm os princípios orientadores onde assentam, as intervenções, estratégias, comportamentos e atitudes a adoptar nas práticas de reabilitação, implementadas com o propósito de potenciar capacidades funcionais da pessoa com doença mental.

Os programas de psicoeducação assentam em três pressupostos essenciais: a explicação da doença, o impacto que tem no comportamento e vida do doente; o fornecimento de estratégias para lidar com situações do quotidiano; e o processo de interacção doente-terapeuta (BAUML et al, 2006).

Neste sentido, o programa proposto assenta nos seguintes pressupostos:

- **Aplicação do instrumento de “Avaliação do Risco da não-Adesão ao Tratamento”** como forma de avaliar as áreas de maior necessidade de intervenção de cada adolescente após o primeiro surto psicótico.
- **Esclarecimento da doença, quer aos adolescentes, quer à família/representante legal** (Defenir Psicose; Esclarecer acerca dos diferentes conteúdos inerentes à patologia; Estimular a motivação dos indivíduos para uma melhor adesão ao tratamento);
- **Favorecer momentos de escuta e partilha de medos/emoções/sentimentos;**
- **Proporcionar momentos de partilha em grupo** (quer com grupo de adolescentes, quer com grupo de famílias/representante legal, favorecendo a troca de experiências pessoais);
- **Incentivar a hábitos de vida saudáveis** (Praticar desporto, estar com amigos, ler);
- **Efectuar articulação com meios da comunidade** (incentivar o adolescente a ir de encontro a pessoas de referência da mesma área de residência);
- **Identificar os sinais precoces de alerta (SPA) de uma recaída e os sintomas residuais persistentes** (Explicar quais os sinais de alerta mais comuns na doença mental inerente a esta patologia, e ajudar a identificar junto ao adolescente, os próprios SPA; ensinar a monitorizar os SPA e a pedir ajuda a pessoas de referência; Ensinar a reconhecer os sintomas persistentes, e a diferenciar entre sinais de alerta, efeitos secundários da medicação e alterações de humor, bem como ajudar a gerir adequadamente os sintomas persistentes);
- **Informar acerca da medicação antipsicótica e efeitos colaterais** (Ensinar sobre o modo de actuação do medicamento e os benefícios; ensinar a avaliar as respostas diárias da medicação);

- **Esclarecer os efeitos adversos dos consumos de álcool e drogas** (os benefícios de evitar consumir; vantagens e desvantagens do consumo; Incentivar à partilha da temática);
- **Avaliação – Aplicação do instrumento de “Avaliação do Risco da não-Adesão ao Tratamento”**

Os pressupostos apresentados são congruentes com a lógica de ensino/aprendizagem e desenvolvimento pessoal, na construção da conceptualização da psicose enquanto doença mental. O aumento do conhecimento acerca da patologia e aquisição de competências de gestão da doença permitirão uma maior e melhor adaptação à doença e ao meio em que estão inseridos, e, concomitantemente mais funcionalidade e bem-estar.

5. MOBILIZAÇÃO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

Durante os primeiros semestres do Curso de MESMP foram vários os conteúdos, teóricos e práticos, que nos foram disponibilizando, tendo como objectivo que cada um de nós conseguisse adquirir as Competências Específicas do EESM. Ao longo do estágio, a concepção do que é ser EESM foi sendo assimilada, na medida em que ao experimentar este papel, fui reconhecendo a melhoria dos cuidados prestados.

É partindo desta noção que me importa aqui explicitar as competências, tendo por base EESMP do EESM, mais desenvolvidas ao longo do meu estágio. O Regulamento de Competências Específicas do EESM, publicado em Diário da República, 2ª série, n.º 35, de 18 de Fevereiro de 2012 (ANEXO II), preconiza que o EESM domine quatro competências específicas, estando a primeira intimamente relacionada com o desenvolvimento pessoal e profissional do EESM e, portanto, mais relacionada com a pessoa enfermeiro, e as restantes, mais direccionadas para a prática de cuidados de enfermagem. É, nomeadamente, sobre a 2ª, 3ª e 4ª competências que me vou debruçar, acreditando terem sido estas aquelas em que mais me desenvolvi.

O percurso de consolidação das competências do enfermeiro especialista em saúde mental, no âmbito desta problemática, suscita um desafio acrescido na dimensão do vínculo relacional. Os contornos da mesma, na fase aguda do processo doença, assim como, na vivência do “*coming-back*” lento e complexo do processo de reabilitação, remete-nos em permanência para a necessidade de requalificar o nosso olhar, a nossa praxis diária com estes adolescentes a viver este processo específico de perturbação mental.

A relação terapêutica inscreve-se nos diferentes documentos tutelares do exercício da profissão, em concreto, REPE, código deontológico do enfermeiro; quadro conceptual e enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, competências do enfermeiro de cuidados gerais e competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

O processo de reabilitação psicossocial tem como objectivo ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades, a atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório e contribuir para a sociedade em que está inserido. Para tal, a implementação de intervenções identificadas no plano de cuidados, mobiliza cuidados no âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional. Envolvem as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias através de actividades tais como ensinar, orientar, apoiar, capacitar, supervisionar, modelar, advogar, treinar, assistir.

Das quatro competências específicas do RCE do EESM, a primeira diz respeito aos processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional, ao elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. Ao longo do meu percurso académico de EESMP tive a oportunidade de frequentar as aulas de desenvolvimento pessoal e profissional, que me proporcionaram um novo olhar sobre as minhas intervenções enquanto enfermeira e um auto-conhecimento pessoal mais aprofundado.

Pude vivenciar técnicas concretas para a relação com a criança/adolescente em sofrimento emocional. Pude experienciar o que significa estar em grupo, em relação com o grupo, vivenciar sentimentos mais profundos. Pude perceber que em determinadas dinâmicas de grupo com os formandos eu reajo de uma determinada forma, pude perceber p.e. como lido com a agressividade do outro, com a minha agressividade, com a tristeza do outro, com a minha tristeza.

Intervir junto de adolescentes em surto psicótico, é estar em permanente relação com a imprevisibilidade delirante, com a agressividade, com a ameaça. Um maior entendimento dos meus limites enquanto pessoa, das minhas reacções corporais e emocionais em detrimento de respostas comportamentais dos adolescentes foram factores facilitadores para a possibilidade de uma relação terapêutica.

Em **contexto de ambulatório** as Unidades de Competência **F2.2.**, **F3.1**, **F4.1.** e **F4.3.** tornaram-se num guia das minhas intervenções. Ao aplicar o Instrumento de Avaliação de Risco da não-Adesão ao Tratamento, executei uma avaliação global que permitiu uma descrição da história de saúde mental do adolescente e família, bem como o

estabelecimento de um diagnóstico. Possibilitou-me executar a avaliação global das respostas humanas às situações de desenvolvimento e de saúde mental do cliente, possibilitou-me ainda executar uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental. Foi ainda avaliado o impacto do problema de saúde mental na qualidade de vida e bem-estar do cliente, com ênfase na funcionalidade e autonomia, delineando um programa de intervenção. Foram prestados cuidados de âmbito psicossocial e psicoeducacional ao adolescente, mobilizando o contexto e dinâmica individual, de forma a manter ou melhorar a saúde.

No decorrer do estágio foi desenvolvido um programa que vise a psicoeducação. Os objectivos propostos vão de encontro aos critérios de avaliação, promover a adesão ao tratamento em pessoas com perturbação ou doença mental de evolução grave ou prolongada, como é a problemática em causa.

Os pressupostos do programa de intervenção a adolescentes após o primeiro surto psicótico proposto neste estudo vão de encontro aos seguintes critérios de avaliação: ensinar os clientes acerca dos efeitos desejados e efeitos adversos das opções terapêuticas; educar e ajudar o cliente na avaliação do uso de alternativas terapêuticas complementares adequadas; prestar apoio às famílias de pessoas com doença mental grave incentivando a organização de grupos de ajuda; demonstrar sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos como sexualidades, abuso de substâncias, violência, comportamentos de risco; analisar o impacto dos sinais e sintomas psiquiátricos, planear abordagens de acordo com a situação; considerar a disponibilidade para melhorar o autocuidado e comportamentos de saúde quando se está a ensinar pessoas com problemas de saúde mental e doenças psiquiátricas.

O programa de intervenção tem como propósito a promoção da reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais, assim e para que se torne possível esta reabilitação, torna-se fundamental envolver outros profissionais na definição de projectos que visem a reabilitação psicossocial da pessoa, contribuindo para melhorar os indicadores de morbilidade e mortalidade.

O presente trabalho reflecte a importância da utilização das referidas competências específicas do EESM no que diz respeito à reabilitação psicossocial e adaptação ao meio, em adolescentes após primeiro surto psicótico.

Em **contexto de internamento** evidencio como unidades de competência por mim desenvolvidas, **F3.1**, **F3.2**, **F3.4** e **F4.2**. Ao longo do percurso de estágio na UIPIA, e aquando o acompanhamento de um adolescente a vivenciar um surto psicótico foi-me possível identificar os problemas e as necessidades específicas do adolescente e família; avaliar o impacto na saúde mental de múltiplos factores de *stress* e crises situacionais ou de desenvolvimento dentro do contexto familiar; diferenciar exacerbação e recorrência de uma perturbação psiquiátrica, e de sinais e sintomas de um novo problema de saúde ou nova doença; identificar problemas de saúde inerentes à saúde mental e doenças psiquiátricas, incluindo problemas de saúde física; avaliar, detectar e actuar em situações de emergência e de risco, para o próprio e outros, de forma a garantir um ambiente seguro na unidade de internamento, o menos restritivo possível e que garanta a segurança do adolescente em causa e restantes crianças/adolescentes internados. Foram desenvolvidos processos adaptados ao cliente, nomeadamente de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico de forma a restaurar a saúde mental do adolescente, prevenindo a incapacidade.

Um percurso de desenvolvimento de competências relativamente abrangente no decorrer deste estágio, mas que se afirma como processo contínuo na minha prática profissional, numa dinâmica de requalificação permanente dos limites e potenciais do meu exercício profissional.

6. LIMITAÇÕES DO TRABALHO

A realização deste objecto de estudo apresentou algumas limitações, quer de natureza estrutural do contexto foco da intervenção, quer circunstancial decorrente das particularidade da relação humana.

Num primeiro momento, destaco a significativa dificuldade relacionado com a intervenção junto a crianças/adolescentes com sofrimento psíquico grave, pelo compromisso emocional exigido na relação com os mesmos, pelo impacto da própria doença sobre o profissional de saúde envolvido, pela necessidade de mergulho teórico e prático numa problemática com contornos e limites ainda por concretizar de forma definitiva.

A evidência empírica nesta faixa etária particular ainda se constitui de forma insuficiente, o que delimita um enquadramento conceptual relativamente suportado face à evidência empírica em outras áreas da saúde mental. Nesse sentido, tornou-se mais delicado a concretização do foco da intervenção.

A última das limitações prende-se com uma questão estrutural difícil de ultrapassar, na medida que envolve a própria instituição em que realizei ambos os períodos de estágio. O espaço físico pertencente à Consulta Externa do Ambulatório, é um espaço reduzido, com poucas salas disponíveis e demasiados estímulos para a população alvo, o que condiciona de forma significativa uma das dimensões da relação terapêutica, o ambiente.

Apesar destas limitações, consegui atingir os objectivos propostos, tendo em vista a implementação de um Programa de Intervenção.

7. QUESTÕES EMERGENTES

Na sequência deste trabalho surgiram diferentes questões a explorar no contexto do meu exercício profissional diário, assim como, no contexto específico da implementação do programa de adesão ao tratamento anteriormente descrito.

A primeira inquietação a dimensionar num futuro próximo prende-se com a importância de investir de forma consistente na articulação com os diferentes recursos da comunidade, sejam estes a escola, a Comissão Protecção de Crianças e Jovens, ACES (Agrupamento de Centros de Saúde), associações locais existentes na comunidade, pelo seu papel central no processo de reabilitação de um adolescente após o primeiro surto psicótico.

Uma segunda questão que importa destacar prende-se com a importância de valorizar a intervenção em grupo, quer com grupo de adolescentes, quer com grupo de familiares/representante legal, pela natureza da problemática, pelo forte impacto no profissional envolvido, pela própria faixa etária envolvida.

Por último e de forma não conclusiva, a evidência da continuidade deste trabalho, de uma forma minuciosamente estruturada, na medida em que o objecto de estudo em si apenas destaca as premissas iniciais, os primeiros passos.

8. CONCLUSÃO

Este trabalho foi uma forma de reflectir sobre a problemática de adolescentes a vivenciar ou após vivenciarem um surto psicótico. Parti de um tema do meu total interesse, de uma necessidade emergente à Área de Pedopsiquiatria, da qual surge a possibilidade de intervenção dos EESM, especificamente na área de intervenção precoce nas psicoses em adolescentes.

A questão da adesão ao tratamento permanece um desafio. Em adolescentes o desafio agrava-se. Avaliar as necessidades específicas dos adolescentes com a patologia em causa, os respectivos diagnósticos e as intervenções necessárias possibilitou-me delinear os pressupostos de um programa de intervenção de adesão ao tratamento, na prevenção de recaídas em adolescentes, após o primeiro surto psicótico.

Em contexto de internamento, pude desenvolver um conhecimento mais aprofundado sobre as situações de crise em saúde mental na infância e adolescência, especificamente, com adolescentes em surto psicótico. É essencial identificar os problemas e as necessidades específicas do adolescente e família, implementando um plano de cuidados individualizado com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.

Evidencia-se a necessidade de uma avaliação contínua do estado mental, sendo a promoção de um ambiente seguro e contentor, fulcral na organização do pensamento do adolescente em crise. A gestão do regime medicamentoso evidencia-se igualmente de extrema importância no controlo da sintomatologia psicótica. A preparação para alta é fundamental na reintegração do adolescente no seio familiar e contexto social. Sendo que, a articulação com os recursos na comunidade, permite fornecer continuidade de cuidados e suporte ao adolescente e sua família.

Em contexto de ambulatório após aplicação do Instrumento de “Avaliação do Risco da não-Adesão ao Tratamento” junto a adolescentes após o primeiro surto psicótico, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem e as respectivas necessidades de intervenção comuns. A análise dos resultados obtidos permitiu delimitar os pressupostos iniciais de um Programa de Adesão ao Tratamento, na Prevenção de Recaídas em

Adolescentes, após o Primeiro Surto Psicótico. Os pressupostos anunciados são de âmbito psicoeducativo, dado que o aumento do conhecimento acerca da patologia e aquisição de competências de gestão da doença permitirão uma maior e melhor adaptação à mesma e ao meio em que estão inseridos, e, simultaneamente, uma maior funcionalidade e bem-estar.

O trabalho desenvolvido deu resposta aos diferentes desideratos a que estava proposto, desde logo ao desenvolvimento de competências do EESMP, conforme preconizado no documentário elaborado pela OE (DR, 2ª série nº35 – 18/12/2011).

Toda a pesquisa efectuada e os resultados obtidos, demostram a importância desta abordagem na promoção do bem-estar e qualidade de vida do adolescente com psicose. Elaborar este trabalho, sinto que foi o primeiro passo, de uma longa caminhada, para uma prática avançada de EESM.

Trabalhar com adolescentes que vivenciaram um surto psicótico é tornarmo-nos profundamente ligados às necessidades dos mesmos enfrentando cada dia uma dificuldade e torná-la cada dia numa etapa concretizada.

O Escaravelho das Roseiras, um poema de João dos Santos

“Era criança pequena quando me mostraram
Que havia pessoas más e boas
E eu senti que se deviam matar todas as pessoas más.

Era menino crescido quando me disseram
Que havia homens bons e homens maus
E eu achei que se deviam matar todos os homens maus.

Era já grande quando me explicaram que havia os perversos e os outros
E eu concordei que se matassem todos os perversos.

Era já homem quando me ensinaram
Que se deviam matar todos os descrentes, mas...
Não cheguei a perceber de que descrentes se tratava.
Ouvi dizer mal dos brancos e dos pretos,

Dos vermelhos e dos amarelos,
Dos sábios e dos ignorantes,
Dos inteligentes e dos estúpidos.

Por pouco não matei toda a gente, para ficar só com:
Os bons, os sábios e os inteligentes!

Cansado de procurar a verdade, acabei por matar em
Mim o desejo de matar e o medo de ser morto.

Espero que os homens se não matem uns aos outros
Só por eu ter deixado de estar alerta e de vigia
Aos maus, aos estúpidos, aos mentecaptos e aos
Perversos.

Porque entretanto, nesta Primavera florida, vou passando semanas inteiras a imaginar
com prazer, como hei-de matar ao domingo, os piolhos e os escaravelhos das minhas
roseiras.”

(SANTOS, citado por BRANCO, 1991)

BIBLIOGRAFIA

ABRUNHOSA, A. et al (2007) – Comportamento de Adesão...Uma Meta para o Cliente...Um Desafio para a Enfermagem. **Nephro`s**. Lisboa. Vol. XI, Nº 2.

ALMEIDA, M., FERREIRA, L., NABAIS, A. (2010) – **Procedimento Sectorial de Área de Pedopsiquiatria/Norma 61** (Filosofia da Área de Pedopsiquiatria). HDE/ CHLC- EPE.

BALLONE, Geraldo J. (2003) – **Psicose na Adolescência**. Psiqweb – Psiquiatria Geral. Acedido em Junho de 2009, em <http://gballone.sites.oi.com.br/infantil/adolesc5html>.

BÄUML, J. et al (2006) – Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 32, Nº 1, p. 1-9.

BECK, Aaron T.; RECTOR, Neil. A. (2005) – Cognitive Approaches to Schizophrenia: Theory And Practice. Annual. Revista. **Clinica. Psychological**, Nº 1, p. 577 – 606.

BOLANDER, Verolyn R. (1998) – **Sorensen e Luckmann. Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica**, 3ª ed. Lisboa: Lusodidacta. ISBN:972-96610-6-5.

BRANCO, Maria E. C. (2010) – **João dos Santos: Saúde Mental e Educação**. 2ª ed. Coisas de Ler. Lisboa: ISBN: 978-989-8218-48-3.

CAMINHA et al (2003) – **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo.

CARDOSO, Carlos M. (2002) – **Os Caminhos da Esquizofrenia**. Lisboa: Climepsi Editores.

EHMANN, T.; YAGER, J. (2004) – Early psychosis: a review of the treatment literature. Children's mental health policy research program, Vol.1, Nº 7, p. 1-52.

FALLON, I. R. H. et al (1981) – Family therapy with schizophrenics at high risk of relapse. **Family Process**, Vol. 20, p. 211-221.

FAVA, Molnar G.; KELLNER, Robert (1991) - Prodromal symptoms in affective disorders. **American Journal of Psychiatry**, Vol. 148, p. 823-830.

FERNANDES, José C. (2002) – **DSM- IV- Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações mentais**. Lisboa: Climepsi. ISBN 972-796-020-0.

GONÇALVES-PEREIRA, M. et al (2006) - Intervenções Familiares na esquizofrenia. Dos aspectos teóricos à situação em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**, Vol. 19, p. 1-8.

KANTORSKY, L. et al (2005) - **Therapeutic Relationship an Teaching of Mental Health Psychiatric Nursing**, USP.

KESHAVAN, M. S.; SCHOOLER, N. R. (1992) – First–episode Studies in Schizophrenia: Criteria and Characterization. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 18, p. 491-513.

LAZURE, Helene (1994) – **Viver a Relação de Ajuda – Abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.

LEAL, M. et al (2008) – Valoración de la sobrecarga en cuidadores informales de pacientes con esquizofrenia antes y después de un programapsicoeducativo. **Actas Españolas Psiquiatria**. Vol. 36, Nº 2, p. 63-69.

LEFF, J. et al (1985) – A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. **British Journal of Psychiatry**, Vol.146, p. 594-600.

MANES, Sabina (2007) – **83 Jogos Psicológicos para a Dinâmica de Grupos**, , 7ª ed. Lisboa: Paulus Editora. ISBN 978-972-30-1252-1.

MARQUES, António P. (2007) – **Modelo integrado de desenvolvimento pessoal: Um modelo de reabilitação psicossocial para pessoas com incapacidades psiquiátricas**. Porto: F.P.C.E.U.P. Dissertação de Doutoramento em Psicologia da Saúde.

MCGORRY, P. et al (1995) – The prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. **Act Psychiatric Scandinavia**. Vol. 92, Nº 4.

MCGORRY P. et al (1999) – An evolving system of early detection and optimal management. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 22, Nº 2, p. 305-326.

MCGORRY, P. D.; JACKSON, H. (1999) – **Recognition and management of Early psychosis**. A preventative approach. Cambridge University Press.

MCGORRY, P. D.; EDWARDS, J. (2002) – **Intervenção Precoce nas Psicoses**. Melbourne: Janssen-Cilag farmacêutica.

MCKENNA K., GORDON C. T., RAPOPORT J. L. (1994) – Childhood - onset schizophrenia: timely neurobiological research. **Journal American Academy Child Adolesc Psychiatry**, Vol. 33, Nº 6, p. 771-781.

MELEIS, Afaf. I. (2005) – **Theoretical Nursing: Development & Progress**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 0-7817-5767-3.

MORSELLI, P. L. et al (2002) – GAMIAN-Europe/ BEAM survey: information on current and past treatment of bipolar disorder generated by a patient questionnaire. **Bipolar Disorders**, Vol. 4, Nº 1, p. 131-135.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. (2009) – **Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care**. Acedido em Janeiro de 2010, em <http://www.nice.org.uk/pdf>.

NEUFELD, M. M. (2007) – **Evaluation the structure, process and outcome of an early intervention in psychosis program: a case study of the Saskatoon health region.**

Acedido em Janeiro de 2010, em <http://library2usask.ca/theses/available/etd09145700-1981250/unrestricted/FINALNeufeldPhD2007.pdf>.

NUECHTERLEIN, Keith H.; DAWSON, Michael E. (1984) – A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 10, Nº 2, p. 300-312.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **CIPE® Versão 2.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

RESOLUÇÃO DO CONCELHO DE MINISTROS n.º 49/2008. **Plano Nacional de Saúde Mental (2007 -2016).** Diário da República, 1.ª série — N.º 47 — 6 de Março de 2008

PRATT, S., et al (2005) – Evaluation of a PTSD psychoeducational program for psychiatric inpatients. **Journal of Mental Health**, Vol. 14, Nº 2, p. 121 – 127.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (1996) – Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril no seu artigo 4º.

RUA, Isabel (2009) – **Comportamentos de Adesão em Saúde: Promoção da Adesão dos Utentes ao Regime Terapêutico – Um Percorso**. IV Congresso Saúde e Qualidade de Vida: Livro de Actas – Saúde e Qualidade de Vida em Análise. Escola Superior de Enfermagem do Porto – Núcleo de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida: Porto.

RUMMEL-KLUGE, C., et al (2006) – Psychoeducation in Schizophrenia—Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria, and Switzerland. **Schizophrenia Bulletin**, Vol. 32, Nº 4, p. 765-775.

SAGGESE, Edson (2001) – **Adolescência e psicose**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

SEVILLANO, Carol P. (2007) – **Intervencion psicoterapeutica en la fase inicial de la esquizofrenia: diseño y desarrollo del programa PIPE**. Acedido em Janeiro de 2010 em http://www.tesisenxarxa.net/Tesis_Ur/AVAILABLE/TDX-0116107-65547//PalmaSevillano.pdf

STRECHT, Pedro (2002) – **Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos**. 2ª ed. Lisboa: Assírio & Alvim, ISBN 972-37-0651-2.

STUART, Gail W.; LARAIA, Michele T. (2001) – **Enfermagem Psiquiátrica – princípios e prática**. 6ª ed. Porto Alegre. Artmed Editora. I SBN 85-7307-713-1.

TRAINING GRID OUTLINING BEST PRACTICES FOR RECOVERY AND IMPROVED OUTCOMES FOR PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS (2004) – Acedido em Janeiro de 2010 em <http://www.apa.org/practice/grid.html>.

VALIMAKI, M. et al (2008) – Design and development process of patient-centered computer-based support system for patients with schizophrenia spectrum psychosis. **Informatics for health & Social Care**, Vol. 33, Nº 2, p. 113-123.

VIDIGAL, M. & Colaboradores (2005) – **Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes – Aprender a Pensar**, Trilhos Editora.

YUNG, A. R.; MACGORRY, P. D. (1996) – The Prodromal phase of first-episode psychosis: post and current conceptualizations. **Schizaphr Bull**, Vol. 22, p. 353-370.

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de “Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento”

Anexo C – Avaliação do Risco da Não-adesão ao Tratamento

Este instrumento fornece um exemplo de uma abordagem à avaliação da não-adesão ao tratamento. Uma abordagem sistemática à identificação dos motivos do cliente para a não-adesão irá orientar a selecção das intervenções de Enfermagem.

Data: _____ Enfermeiro: _____

Nome do cliente:

Utilize as perguntas de avaliação para identificar as áreas de risco de não-adesão ao regime de tratamento. Utilize as perguntas adicionais para descobrir mais pormenores quando a resposta do cliente indicar um problema possível. Verifique os diagnósticos de Enfermagem correspondentes quando as respostas do cliente indicarem uma não-adesão real ou risco de não-adesão.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Física	
<input type="checkbox"/> Intolerância à actividade	Tem algum problema que afecte a sua capacidade de fazer a actividade necessária para levar a cabo o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Cognição, comprometida	Há algo que o impeça de tomar o seu medicamento ou seguir o seu regime de tratamento? Tem dificuldade em se concentrar? Esquece-se de onde está e do que está a fazer? Tem dificuldade em compreender ou seguir as instruções de tratamento? Alguma vez pensa que os outros estão a tentar magoá-lo ou a tentar controlar a sua mente?
<input type="checkbox"/> Efeitos secundários da medicação	Sente efeitos secundários devido à medicação, que não desaparecem? Estes efeitos secundários fazem com que queira parar de tomar a sua medicação?

<input type="checkbox"/> Memória, comprometida	Tem dificuldade em lembrar-se das coisas (tomar a medicação, seguir a dieta, ir às consultas)?
<input type="checkbox"/> Compromisso musculoesquelético	Há alguma coisa que o impeça de (abrir os frascos de medicamentos, tirar os medicamentos, administrar insulina, verificar a glicemia)?
<input type="checkbox"/> Dor	Tem dores que interferem com o cumprimento do seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Percepção, comprometida	Ouve vozes que as outras pessoas não ouvem? As vozes interferem de alguma forma com o facto de tomar a medicação ou seguir o tratamento?
<input type="checkbox"/> Défice sensorial	Tem dificuldades de (visão, audição, paladar, toque ou olfacto) que interfiram com o facto de tomar a medicação (ou seguir o exercício ou a dieta)?

Mental e comportamental	
<input type="checkbox"/> Capacidade de gestão do regime	Consegue seguir a dieta, exercício ou regime de medicação prescrito pelo seu profissional de saúde? Se não, o que interfere com a sua capacidade de gerir o regime prescrito?
<input type="checkbox"/> Abuso de álcool, abuso de drogas, abuso de tabaco	Toma álcool, drogas ou tabaco para tratar ou reduzir os sintomas da sua doença?
<input type="checkbox"/> Ansiedade	É costume sentir-se tão tenso ou tão nervoso que não consegue tomar a medicação, tomar decisões ou comparecer às consultas marcadas?
<input type="checkbox"/> Regime de tratamento complexo	O seu profissional de saúde prescreveu mais de cinco medicamentos diferentes? O seu profissional de saúde prescreveu-lhe mais de duas tomas de medicação por dia?
<input type="checkbox"/> Negação	Concorda com o diagnóstico que o médico fez em relação à sua doença? Acha que a sua doença é grave?
<input type="checkbox"/> Fadiga	É costume sentir-se demasiado cansado para (tomar a medicação, obter mais medicação, comparecer às consultas, fazer exercício ou preparar as suas refeições)?
<input type="checkbox"/> Medo	Há alguma coisa que o assuste em relação à sua doença ou ao tratamento? Tem medo de ficar dependente da medicação?

<input type="checkbox"/> Crenças de saúde, conflito	O que acha que o ajuda mais com (mencionar os sintomas)? Acha que a (medicação, dieta, terapêutica) o ajuda com os sintomas da sua doença? Há outros remédios que tenha tomado e que ache que são mais eficazes que o tratamento prescrito pelo seu prestador de cuidados?
<input type="checkbox"/> Falta de esperança	Sente-se subjugado pela sua doença e pelo tratamento? Acha que é impossível gerir a sua situação? Apetece-lhe desistir?
<input type="checkbox"/> Analfabetismo	Sabe ler? Tem dificuldade em ler instruções ou as informações que lhe são dadas pelos prestadores de cuidados de saúde?
<input type="checkbox"/> Défice de conhecimentos	Sabe qual é o seu diagnóstico? Que tipo de coisas acontecem quando começa a ficar doente? Sabe os nomes dos seus medicamentos e quando tem de os tomar? Quais os tratamentos que o seu médico receitou (medicamentos, dieta, fisioterapia, terapia ocupacional)? Segue o seu plano de tratamento (medicação, exercício, dieta) mesmo quando não se sente doente?
<input type="checkbox"/> Não-adesão	Parou de (tomar a medicação, ir às consultas marcadas, seguir a dieta, seguir o regime de exercício) sem falar com o seu profissional de saúde no último ano? Alguma vez toma mais / menos que a dose prescrita da sua medicação?
<input type="checkbox"/> Resposta ao tratamento, ausência de	Tem sintomas da sua doença mesmo quando segue o programa de tratamento?
<input type="checkbox"/> Auto-eficácia, baixa	Acha que outras pessoas determinam se está saudável ou doente? Acha que só fica doente por acaso?
<input type="checkbox"/> Auto-imagem, baixa e Auto-estima, baixa	Tomar a medicação (seguir o seu regime de tratamento) afecta a forma como se sente acerca de si próprio ou a forma como actua?
<input type="checkbox"/> Ideação suicida	Tem pensamentos suicidas que o fazem desistir do tratamento?
<input type="checkbox"/> Suspeita	Confia naquilo que o seu profissional de saúde lhe diz? Acha que o seu (profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta) pode fazer algo para o prejudicar?
<input type="checkbox"/> Exaustão do tratamento	Há quanto tempo precisa de tratamento para a sua doença? Por quanto tempo pensa que irá necessitar de tratamento? Ficou satisfeito com o tratamento que recebeu para a sua doença no passado? Porquê / por que não?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Sócio-cultural e ambiental	
<input type="checkbox"/> Capacidade para se ajustar (adequação)	De que forma é que o seguimento do seu plano de tratamento (tomar a medicação, seguir uma dieta, fazer exercício, ir às consultas) se enquadra no seu estilo de vida?
<input type="checkbox"/> Crime	Há problemas de segurança na sua casa ou na vizinhança que fazem com que seja difícil seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Crenças culturais	Qual o grupo cultural ou étnico a que pertence? De que forma é que este grupo encara a sua doença e o tratamento?
<input type="checkbox"/> Família disfuncional	A sua família (ou entes queridos) interfere ou impede-o de tomar os seus medicamentos ou de seguir o seu regime de tratamento?
<input type="checkbox"/> Atitude da família, em conflito	O que é que a sua família (ou entes queridos) acha do seu diagnóstico? O que é que acha do tratamento que lhe foi prescrito?
<input type="checkbox"/> Rendimento, inadequado	Quanto custa o seu tratamento? De que forma é que se enquadra no seu orçamento? O seu profissional de saúde, farmacêutico, terapeuta aceita a sua forma de pagamento?
<input type="checkbox"/> Apoio social, ausência de	Tem pessoas / grupos significativos na sua vida, que o apoiem e estejam disponíveis para si? Tem algum apoio na sua comunidade?
<input type="checkbox"/> Estigma	Mantém a sua doença e / ou tratamento em segredo? Preocupa-o que haja consequências negativas se outros descobrirem acerca da sua doença ou do tratamento?
<input type="checkbox"/> Transporte, ausência de	Tem problemas com o transporte que o impeçam de (ir buscar os medicamentos, chegar às consultas com o prestador de cuidados, ir às compras)?
<input type="checkbox"/> Confiança no profissional de saúde, ausência de e Confiança, baixa	Acha que o seu profissional de saúde compreende os seus sentimentos ou crenças acerca da sua doença e do seu tratamento?

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
Espiritual	
<input type="checkbox"/> Crenças religiosas, conflito (medicação, dieta, actividade, família, comunidade)	As suas crenças e / ou práticas religiosas entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Crenças espirituais, conflito (medicação, dieta, actividade, família)	As suas crenças e / ou práticas espirituais entram em conflito com o seu regime de tratamento prescrito?
<input type="checkbox"/> Angústia espiritual	A sua doença ou regime de tratamento desafiam as suas crenças espirituais e / ou religiosas ou a sua capacidade de encontrar esperança e significado na vida?

**ANEXO II – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista
em Enfermagem de Saúde Mental**